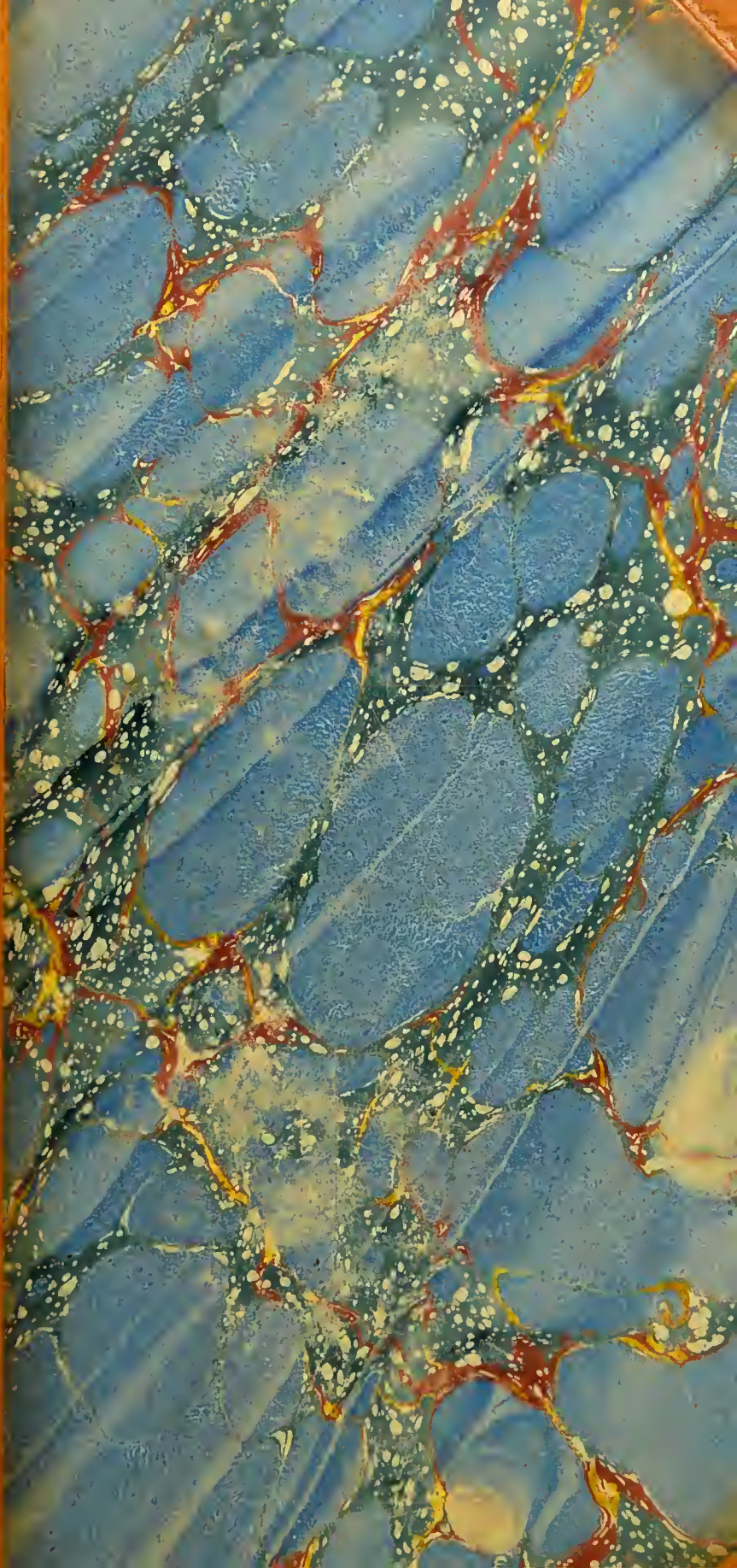


Bfc. 18.

R11737

PRATIQUE

DES

ACCOUCHEMENS,

OU

MÉMOIRES, ET OBSERVATIONS CHOISIES,

SUR LES POINTS LES PLUS IMPORTANS DE L'ART;

PAR Mme LACHAPELLE,

SAGE-FEMME EN CHEF DE LA MAISON D'ACCOUCHEMENT DE PARIS;

Publiés par ANT. DUGÈS, son neveu, Professeur d'Accouchemens à la Faculté de Médecine de Montpellier, Agrégé près la Faculté de Médecine de Paris.

Les exemples persuadent bien mieux que les simples raisonnemens, et l'expérience donne la perfection à tous les arts. (MAURICEAU, tome II, Préface.)

TOME DEUXIÈME.

A PARIS,

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, LIBRAIRE,

RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, N° 14.

1825.

AVERTISSEMENT

DE L'ÉDITEUR.

Si la fin prématurée d'une personne recommandable par son savoir et ses vertus attriste ceux-là mêmes qui n'en connaissaient que le nom, quelle ne doit pas être l'affliction de ceux qui, vivant dans sa société la plus intime, apprenaient chaque jour à la chérir et à l'admirer ! Madame Lachapelle a été l'objet des regrets de tous ceux qui l'ont connue ; mais nul n'a pu, comme celui qui trouvait en elle les soins et l'affection de la mère la plus tendre, sentir toute l'étendue d'une telle perte. Je laisse à l'amitié d'un célèbre professeur le soin de faire apprécier ses talens et ses qualités morales : prononcé par un aussi bon juge, son éloge en aura plus de prix, et je m'épargnerai de trop douloureux souvenirs.

Je me bornerai à quelques réflexions sur la manière dont j'ai rempli la tâche dont je me suis trouvé chargé seul par suite de ce triste événement.

Nous avions promis de donner une suite au premier volume qui parut en 1821 ; cette suite va enfin paraître après trois ans d'un délai nécessité par des occupations nombreuses, et par l'importance même du travail qui me restait à poursuivre.

Les circonstances ne pouvaient d'ailleurs être plus favorables. Récemment honoré du titre de professeur dans une des écoles les plus renommées de l'Europe, j'ai contracté, en le recevant, l'obligation de contribuer de tout mon pouvoir aux progrès de la science. Pouvais-je arriver à ce but d'une manière plus certaine qu'en publiant la suite des observations de madame Lachapelle ?

Indépendamment de cette circonstance, le jugement favorable qu'ont porté les gens de l'art sur l'échantillon qui leur avait été soumis aurait certainement suffi pour m'y déterminer. Le professeur Chaussier a, le premier, fait ressortir le mérite de ce travail (1), et c'est principalement d'après son invitation que j'ai entrepris de le terminer. MM. Roche (2), Miquel (3), Descuret (4) et Capuron (5), en ont parlé de la manière la plus avantageuse, et il a même été honorablement accueilli dans les contrées voisines de la France. M. Naegèle, professeur d'accouchemens à Heidelberg, dans le duché de Bade (6), en a fait le sujet

---

(1) Discours prononcé à la distribution des prix de l'hospice de la Maternité de Paris, 1821.

(2) *Journal universel des Sc. médicales*, 1821.

(3) *Gazette de santé*, 5 février 1822.

(4) *Journal complém. du Dict. des Sc. méd.*, tom. x, p. 238.

(5) *Bibl. médicale*, tom. LXXVI, p. 289.

(6) Je regrette de n'avoir point connu plus tôt l'intéressante dissertation soutenue en 1822, sous la prési-

d'une brochure (1), dans laquelle il s'est plu à rendre à madame Lachapelle l'hommage dû à son expérience et à ses talens. A ces témoignages honorables j'aurais pu joindre les suffrages du Conseil d'administration des hospices, si les promesses réitérées qui m'ont été faites par plusieurs de ses membres avaient été suivies d'un effet plus rapide. L'ouvrage de madame Lachapelle était principalement destiné aux élèves de l'hospice de la Maternité ; le Conseil a senti que rien ne pouvait mieux contribuer à l'instruction des élèves que de mettre entre leurs mains les leçons de leur première institutrice, et sans doute si ce projet n'a point encore été exécuté, ce retard ne peut être attribué qu'à ceux que j'ai mis moi-même dans la publication des deux derniers volumes.

Ces deux volumes offriront, je l'espère, plus d'intérêt encore que le premier. Les accidens ou les obstacles qui font le sujet de la plupart des Mémoires qui les composent sont d'un si grave caractère, leur diagnostic

---

dence du professeur Naegèle, et qui a pour titre : *de Hydrorrhœa uteri gravidarum;* je me serais appuyé de l'autorité de ce savant praticien pour confirmer les préceptes que j'ai donnés d'après les observations de madame Lachapelle et les miennes propres, relativement à l'emploi de la saignée pour prévenir l'avortement. (*Voy.* la Diss. citée, p. 18 et 19.)

(1) *Ueber Der Frau Lachapelle Pratique des Accouchemens.* Heidelberg, 1823.

est souvent si épineux et leur curation si difficile, qu'ils doivent exciter bien vivement l'attention des praticiens. Dans le premier volume, après avoir traité des positions du fœtus en général, nous avons parlé spécialement de celles du vertex et de la face (1). Deux Mémoires sur celles de l'extrémité pelvienne et de l'épaule compléteront le tableau des positions que nous

---

(1) Le docteur Capuron a vivement attaqué (quoiqu'avec toute la déférence possible) les opinions que nous avons émises sur ce dernier sujet (*l. c.*). La réputation dont jouit, à tant de titres, ce savant professeur pourrait inspirer des doutes à plus d'un lecteur. Ce n'est pas ici le lieu de répondre aux argumens qu'il avance; je ne ferais d'ailleurs que répéter, à peu de choses près, les raisonnemens et les faits que contient notre troisième mémoire. Contentons-nous ici d'opposer autorité à autorité. « L'accouchement la face la première est assez rare; fort simple du reste, il est quelquefois un peu plus long que si le vertex se fût présenté. Mais, de même que dans les positions du vertex, l'accouchement n'est pas toujours terminé par la nature, soit qu'il n'existe point une juste proportion entre la tête et le bassin, soit que les douleurs se suspendent, etc.; de même, lorsque la face descend la première, il peut arriver, quoique rarement, que le fœtus ne puisse être naturellement expulsé. Cela est vrai de tout accouchement dans lequel la face se présente *en plein* à l'ouverture, mais non de ceux où le visage ne s'offre qu'en partie, comme quand le menton s'avance, etc..... Dans les cas où la face se présente de prime-abord, ou bien peu à peu par l'effet du travail, voici la manière dont marche l'accouchement : la tête du fœtus, du bord supérieur de l'excavation, s'y précipite de telle manière *que le front se porte peu à peu dans la courbure du sacrum*, et à mesure que la face s'approche des parties extérieures, *le menton s'avance sous les pubis et s'y*

avons admises. Dans les Mémoires subséquens, nous trouverons l'occasion de développer en totalité les principes pratiques que l'expérience avait dictés à madame Lachapelle, et dont je me suis pénétré à son école.

Peut-être les personnes qui ont suivi ses cours ou conversé avec elle sur les diverses parties de son art, remarqueront-elles

---

appuie, en même temps que le front et le vertex glissent au-devant du périnée. Voilà de ces accouchemens le principe, les progrès et la fin..... Sur près de quatre-vingts enfans ainsi nés, trois seulement sont nés morts, proportion à-peu-près égale à celle que donnent les accouchemens par le vertex. » Ce sont les propres paroles d'un des meilleurs praticiens de l'Allemagne, le respectable Boër, dont l'ouvrage contient une foule de préceptes excellens, fruits de sa longue pratique dans l'hospice de Vienne. (Voy. *Nat. med. obstetr., libri septem*, p. 149 et suiv.) Madame Lachapelle ne connaissait certainement point ce livre écrit en latin; je ne le connaissais pas non plus lors de l'impression du premier volume, et l'on ne peut qu'admirer l'analogie parfaite qui se trouve entre ses opinions et les nôtres. Cette analogie n'est pas moins frappante dans cet autre passage où il compare, comme nous, les positions de la face à celles du vertex. « Le terme de la grossesse arrivé, la partie chevelue, ou, ce qui est plus rare, la partie nue de la tête (visage) descend plus ou moins *pleinement* sur le bassin. Plus la première de ces dispositions est parfaite et plus le menton s'appuie sur le sternum; plus l'occiput est voisin du centre, et plus l'accouchement est prompt. Plus, au contraire, la deuxième disposition se prononce, et plus l'occiput se renverse sur le dos; plus le menton descend, et plus la nature a de facilités pour achever l'expulsion, pourvu toutefois qu'il y ait assez de force et d'espace, condition également nécessaire pour la première disposition. » (p. 456.)

çà et là quelques théories ou même quelques opinions dont elle ne leur a jamais fait part. Il est possible en effet que certaines idées, puisées à d'autres sources, se soient combinées dans mon esprit avec tout ce que ma mémoire a pu me fournir des préceptes que j'ai reçus de madame Lachapelle, de manière à n'en pouvoir plus être distinguées; mais quoique je n'aie point, comme pour le premier volume, soumis à son examen toutes ces idées personnelles, cependant j'affirme qu'on n'y trouvera rien de contradictoire à ses principes. Si mes réflexions m'ont quelquefois conduit plus loin qu'elle-même, c'est toujours en partant des siennes, c'est en développant un germe inséré par elle, et c'est toujours en quelque sorte son ouvrage. Telle est la raison qui m'a engagé à conserver la marche adoptée dans le premier volume : ici également c'est madame Lachapelle qui parle, et je n'ai changé cette méthode que pour quelques points de théorie ou de pratique sur lesquels nos opinions étaient différentes. Il en est de même d'un assez grand nombre d'observations qui sont tirées de ma pratique particulière : circonstance dont le lecteur devait être averti pour éviter toute confusion, toute incertitude.

Quant aux observations que j'ai recueillies moi-même sous la direction de madame Lachapelle, je ne les ai point distinguées en général : qu'il suffise seulement de savoir que

la majeure partie des faits observés dans les années 1819, 1820 et 1821, a été rédigée par moi-même au lit des malades, et que je puis, par conséquent, me donner pour garant de l'exactitude des faits qui s'y rattachent. On trouvera dans un certain nombre de ces bulletins cliniques un laconisme qui peut-être en rendra la lecture plus aride, mais qui était indispensablement nécessité par l'abondance des matériaux et par la crainte de donner trop de volume à cet ouvrage. La même crainte m'a fait rejeter toutes les observations inutiles, et qui n'eussent constitué que des répétitions fastidieuses.

Je n'ai plus qu'un mot à dire relativement aux tableaux annexés au deuxième volume ; ils sont composés sur le même plan que ceux du premier, et si leurs résultats ne sont pas toujours en harmonie, cette différence doit être attribuée, 1°. à des variations accidentelles, fortuites ou du moins inexplicables, qui ont rendu divers événemens plus rares dans certains temps que dans d'autres ; 2°. à un diagnostic éclairé par une plus longue expérience, et qui a fait exclure bien des faits extraordinaires dont peut-être les premiers registres n'ont pu être assez bien purgés; 3°. à une pratique plus sage, plus confiante dans les efforts de la nature, et qui a diminué de beaucoup le nombre des opérations extraordinaires ; 4°. enfin, peut-être s'est-il glissé quelques erreurs dans les uns ou dans les autres de ces registres ; j'en ai averti fran-

chement le lecteur lorsque je l'ai soupçonné, et j'ai mieux aimé lui laisser quelques incertitudes que de lui inculquer, d'un ton tranchant et décisif, une persuasion qui pouvait être erronée. *Vitam impendere vero.*

NOTICE HISTORIQUE

SUR

LA VIE ET LES ÉCRITS DE MADAME LACHAPELLE.

Discours prononcé à la distribution des prix de l'École d'Accouchement, par le professeur CHAUSSIER, le 25 juin 1822.

« Quoique, dans le discours prononcé à l'ouverture de cette séance (1), M. le président ait exprimé d'une manière énergique les regrets que cause la perte que nous avons faite de madame Lachapelle; quoiqu'il ait rendu à la mémoire de cette excellente Dame le juste

(1) *Extrait du discours prononcé par M. de La Bonnardière.* « Nous promenons nos regards dans cette enceinte, nous y cherchons » inutilement celle qui l'a si long-temps fait retentir d'utiles et savantes » leçons sur l'art qu'elle professait et pratiquait avec tant de distinc- » tion; nous ne voyons plus à votre tête celle qui vous a introduites » dans la carrière que vous venez de parcourir, qui a dirigé vos pre- » miers pas, qui était à la fois votre institutrice, votre amie, votre » mère.

» Vos larmes nous répondent, et en se mêlant avec les nôtres elles » rendent à madame Lachapelle l'hommage le plus naturel, le plus » vrai, le plus sincère qui puisse être rendu à sa mémoire, l'hom- » mage qui certainement serait le plus cher à son cœur.

» Nous manquerions néanmoins à notre devoir et aux intentions » du Conseil général si, cédant à la juste douleur que cette circon-

tribut de louanges qu'elle méritait si bien par ses talens, ses vertus, les services journaliers qu'elle rendait à la Société, je ne craindrai point d'y revenir encore.

» Consacrée toute entière au soulagement des mères souffrantes, à la conservation des enfans naissans, à la pratique, à l'enseignement de son art, la vie de madame Lachapelle est essentiellement liée à la gloire, à la prospérité de cet établissement, aux progrès de l'art des accouchemens.

» *Marie-Louise* Dugès, plus connue sous le nom de *veuve* Lachapelle, sage-femme en chef de la Maison d'Accouchement, directrice et première institutrice de l'école qui y est établie, naquit à Paris le 1er janvier 1769. Son père, Louis *Dugès*, y exerçait les fonctions d'officier de santé; sa mère, Marie Jonet, était sage-femme-jurée au Châtelet, et ayant été nommée, en 1775, sage-femme en chef à l'Hôtel-Dieu, elle s'y établit et en remplit les fonctions avec des talens, un zèle, une activité qui la firent distinguer, et lui méritèrent une pension qui lui fut accordée par brevet du roi.

» Élevée avec soin sous les yeux de sa mère, instruite

» stance renouvelle, nous n'avions pas le courage de la vaincre, pour » honorer dans ce lieu même celle qui a tant contribué par ses talens et ses vertus à fonder, à perfectionner, et, nous osons le dire, » à illustrer l'École d'Accouchement.

» Pour louer convenablement madame Lachapelle, nous n'avons » que les faits à exposer. Les témoins existent, et nous ne craignons » pas qu'une seule voix s'élève pour démentir ou contredire ce que » nous avons vu, ce que nous avons admiré, et dont nous désirons » que la mémoire se perpétue dans une maison où elle a donné tant » de précieux exemples, et laissé tant de souvenirs honorables. »

par ses leçons et son exemple, vivant journellement au milieu des femmes enceintes et en couche, la jeune demoiselle *Dugès*, en grandissant, acquit de bonne heure, et presque sans s'en apercevoir, les connaissances théoriques et pratiques de l'art des accouchemens. Le désir de seconder sa mère fortifia son goût pour le travail, pour l'étude, et lui fit contracter cette habitude de bonté, de douceur, de patience, cet esprit d'observation qu'elle portait toujours auprès des femmes souffrantes. Aussi, quoique mariée, en 1792, avec M. LACHAPELLE, chirurgien chargé du service de l'hôpital Saint-Louis, elle demeurait toujours à l'Hôtel-Dieu, auprès de sa mère. La mort de son mari (janvier 1795), dont elle n'a point eu d'enfans, augmenta l'attachement qu'elle avait pour sa mère : dès-lors elle en partagea tous les travaux, la remplaça souvent dans sa pratique, dans ses leçons, et mérita bientôt (1795) d'être nommée son adjointe.

» On s'occupait alors beaucoup (1793) à réformer les grands et nombreux abus qui existaient dans les divers établissemens publics, et surtout dans ceux destinés aux pauvres et aux malades. De temps immémorial il n'y avait à Paris d'autre ressource pour les pauvres femmes enceintes et en couche qu'une salle de l'Hôtel-Dieu, insalubre par sa situation au-dessus de celle des blessés, et trop petite pour le nombre de celles qu'on y recevait : aussi elles y étaient entassées pêle-mêle; plusieurs couchaient ensemble dans le même lit, et souvent il y régnait des épidémies désastreuses qui, malgré tous les soins des médecins, en faisaient périr le plus grand nombre.

» D'un autre côté, tous les enfans qui y naissaient, ainsi que ceux qui étaient abandonnés, soit par l'indigence et l'impossibilité de les élever, soit par la honte et les préjugés d'un faux honneur, étaient portés à l'Hôpital des Enfans-trouvés, où ils périssaient en grand nombre, tant par leur accumulation, que par le défaut des choses nécessaires et l'insalubrité du local au milieu de la ville, dans un quartier froid, humide, peu éclairé des rayons du soleil.

» Enfin l'instruction des sages-femmes était généralement négligée, et toujours fort incomplète : presque partout en effet elle était bornée à des explications théoriques, à des leçons orales, données dans des amphithéâtres, et parfois encore par des gens dont les connaissances étaient entièrement puisées dans les livres (1). De tels moyens n'étaient assurément point propres à former des sages-femmes instruites. L'art des accouchemens est essentiellement pratique : ce n'est ni dans les livres, ni dans les leçons orales, ni même sur des mannequins, qu'on peut bien l'apprendre; mais pour acquérir des connaissances solides et vraiment utiles, il faut pratiquer soi-même, il faut avoir vu souvent, avoir observé, sous la direction d'un maître habile et dans des cas

(1) Cette assertion paraîtra sans doute exagérée, cependant elle est vraie et en voici la preuve. En 1745, la Faculté de Médecine ayant jugé à propos d'établir dans ses écoles un cours d'accouchement pour les sages-femmes, en chargea le savant Astruc, qui le fit pendant plusieurs années consécutives : cependant il est certain qu'Astruc *n'avait jamais accouché*, et que toutes ses connaissances étaient entièrement puisées dans les livres, comme il le déclare expressément dans son *Traité de l'art d'accoucher*, qui parut en 1766.

différens, la marche de la nature, les moyens efficaces de l'aider, de remédier à ses écarts; et ce genre d'enseignement pratique, le seul convenable à l'objet, n'existait alors qu'à l'Hôtel-Dieu; mais, d'après les anciens réglemens, le nombre des élèves sages-femmes était borné à quatre ou cinq au plus, et la durée de leurs études et de leur exercice était fixée à trois mois de séjour; ce qui rendait l'instruction incomplète et disproportionnée aux besoins de la Société.

» Les inconvéniens qui résultaient de cet ancien état de choses étaient trop évidens, trop graves, pour ne point éveiller la sollicitude du Gouvernement, et chercher les moyens d'y remédier.

» Madame LACHAPELLE, dont le zèle, les lumières et l'activité étaient déjà bien connus, fut consultée sur cet objet avec plusieurs médecins distingués de la capitale. Les avantages qui devaient résulter de séparer les femmes en couche, de ne pas les confondre dans le même local avec les malades étaient trop évidens pour qu'il y eût aucune hésitation : aussi tous s'accordèrent à en reconnaître le besoin, la nécessité absolue.

» On avait d'abord (1794) désigné pour cet objet le *Val-de-Grâce*, grand et bel édifice, salubre par sa situation, son isolement presque absolu, et assez vaste pour qu'on pût y réunir les enfans trouvés, les femmes enceintes, et en même temps y former une École de sages-femmes. Déjà (août 1795) on y avait transporté les enfans, et on préparait tout pour y recevoir les femmes enceintes; mais bientôt un autre ordre (en date du 2 octobre 1795) arrêta les travaux commencés, et as-

signa pour le nouvel établissement le *Port-Royal* et l'*Oratoire*, deux maisons également salubres, seulement séparées par une rue, mais dont la proximité permettait des communications promptes et faciles. Peu de jours après ce second ordre (17 octobre 1795), les enfans furent transportés dans l'une de ces maisons; mais pour remplir complètement l'objet qu'on se proposait, il restait à y faire des réparations, des arrangemens, des dispositions particulières pour l'emplacement des femmes, des élèves et le service de l'Établissement : Madame LACHAPELLE fut spécialement chargée de diriger, de surveiller tous les détails de cette opération, et après quelques mois de travaux que les circonstances firent interrompre plusieurs fois, le nouvel établissement fut formé dans le local qu'il occupe aujourd'hui, et prit le nom d'*Hospice de la Maternité*, dénomination que le public aime encore conserver, qui, depuis, a été remplacé par celui de *Maison d'accouchement*. Enfin lorsque tout fut bien arrangé, Madame *Dugès* s'y transporta : on y reçut les femmes enceintes, on y admit des élèves, on y continua les leçons telles qu'elles se faisaient auparavant à l'Hôtel-Dieu, et qui étaient toujours bornées à trois mois; mais le temps consacré à cet enseignement était trop court pour que les élèves admises à cet hospice pussent, même avec les dispositions les plus favorables, y acquérir les connaissances nécessaires pour former de bonnes sages-femmes : Madame LACHAPELLE l'avait bien senti, et s'occupait à agrandir, à exécuter le plan qu'elle avait conçu, lorsque, par un réglement de M. le comte *Chaptal*, alors ministre de l'intérieur, l'organisation de cette nouvelle École fut fixée, et que M. *Baudelocque* y fut attaché en qualité d'accoucheur et

de professeur. Ce savant illustre, auquel l'art des accouchemens doit tant de progrès, et qui avait pour madame LACHAPELLE l'estime et la considération la plus grande, n'hésita pas à adopter ses vues; et, d'après leurs observations, au lieu de trois mois, comme il l'était à l'Hôtel-Dieu, le séjour des élèves sages-femmes fut fixé à un an, et pendant ce temps elles suivent non-seulement les cours théoriques faits par le professeur, et les leçons que la sage-femme leur donne deux ou trois fois par jour; mais encore elles pratiquent elles-mêmes ou sont témoins du grand nombre d'accouchemens qui s'opèrent chaque année à la maison; plusieurs même, pour se perfectionner dans la pratique, sollicitent et obtiennent la permission de passer une seconde année à l'hospice. Ainsi l'instruction des sages-femmes a pris toute la solidité, toute l'étendue que l'on pouvait désirer, et la nouvelle École a acquis la célébrité dont elle jouit actuellement (1).

---

(1) Je ferai ici une remarque que, par amour de la science et du bien public, je désire beaucoup que l'on prenne en considération. Convaincus de la supériorité d'instruction des élèves sages-femmes qui sortent de la Maternité, et frappés de l'utilité des avantages de cet établissement, MM. les préfets ont pensé qu'ils pourraient facilement trouver les mêmes avantages dans leurs départemens; et d'après cette idée, qui leur a été spécialement suggérée et appuyée par des gens curieux d'avoir le titre de professeur, les uns ont établi des cours d'accouchement non-seulement dans le chef-lieu de leur département, mais même dans chacun de leurs arrondissemens; d'autres ont ajouté à ces cours ou leçons orales une salle particulière destinée à y recevoir les femmes enceintes et à y pratiquer les accouchemens. Assurément on ne peut trop louer le zèle et les bonnes intentions de MM. les préfets; mais souvent nous sommes trompés par l'apparence du bien (*decipimur specie recti*), et d'après tout ce que nous avons eu occasion de voir et d'observer avec soin, il nous paraît que l'on a été trompé par l'apparence

Pour apprécier toute l'étendue des services que madame LACHAPELLE a rendus à cet établissement, il faut

---

du bien. En effet, la plupart de ces cours, où, pour faire nombre, le professeur admet indistinctement toutes celles qui se présentent sans s'informer de leur éducation, de leur âge, de leur aptitude, consistent uniquement en manœuvres sur le mannequin, en quelques lectures ou explications orales que les élèves apprennent par cœur comme un catéchisme, et qu'elles répètent comme des perroquets sans en comprendre le sens; et comme presque partout ces professeurs sont membres du jury médical, ils en arrachent pour leurs élèves des diplômes de sages-femmes, et perpétuent ainsi dans le département l'ignorance et parfois la témérité.

D'un autre côté, si on examine ces salles particulières que partout on décore du titre de *maternité*, on trouve que les unes sont dénuées des choses les plus nécessaires, et que dans les autres on reçoit au plus pendant toute l'année huit à dix femmes : encore quelquefois pour les déterminer faut-il les solliciter, les presser et même les payer. On ne saurait trop le répéter, l'art des accouchemens est essentiellement pratique, et ce n'est pas sur un si petit nombre de femmes, qui presque toujours accouchent spontanément, qu'on peut bien l'apprendre et connaître les moyens, les procédés qu'il convient d'employer dans les différens cas : ce n'est que dans les villes du premier ordre, au milieu d'une grande population, qu'on peut avec profit et avantage pour le bien de la Société, former, entretenir un hospice de la Maternité, y établir une école d'accouchemens. *Partout ailleurs*, comme le dit expressément M. *Champagny*, ministre de l'intérieur, dans la circulaire qu'il écrivait à MM. les préfets, en leur envoyant le réglement du 1er janvier 1807, *les cours particuliers d'accouchemens ne peuvent exister dans les départemens avec succès ni même sans danger* : ce que l'on pourrait facilement démontrer. Il serait donc à désirer qu'au lieu de toutes ces petites institutions insuffisantes, si dispendieuses et tant multipliées dans les départemens, on envoyât chaque année à l'hospice de la Maternité un certain nombre d'élèves choisies, ainsi que le prescrit le réglement ministériel : il y aurait non-seulement économie dans les dépenses départementales; mais, ce qui est plus important encore, l'instruction serait plus générale, plus étendue et par conséquent d'une utilité plus grande.

la considérer dans l'exercice de ses fonctions : écoutons-la dans cet amphithéâtre, donnant chaque jour, deux et même trois fois, une leçon aux élèves.

» Après avoir annoncé d'une manière simple et facile l'objet particulier qu'elle se propose de traiter, elle en parcourt successivement tous les points, et y insiste avec plus ou moins de force, suivant le degré d'importance; et comme elle sait que les préceptes les plus simples, les explications les plus précises, ne frappent point également tous les auditeurs, elle a soin de les répéter, de les présenter sous une forme différente, de les rendre sensibles aux yeux par l'exercice sur le mannequin ou par le récit de quelques-uns des cas que les élèves ont déjà eu occasion d'observer dans l'Hospice. En finissant ses leçons, qui toujours étaient écoutées avec le silence et l'attention la plus grande, Madame Lachapelle appelait alternativement plusieurs des élèves et les interrogeait sur l'objet dont on s'était occupé; ce qui donnait encore lieu à de nouveaux développemens, et contribuait à graver profondément les préceptes dans l'esprit. Enfin, pour ne négliger aucun moyen d'instruction, comme les élèves sont partagées en brigades ou pelotons, les chefs sont chargés de répéter la leçon à leurs compagnes; ce qui non-seulement les habitue à parler, à exprimer leurs idées, mais encore forme une sorte d'enseignement mutuel, dont les avantages sont bien constatés.

» Nous rappellerons encore que, dans ses leçons théoriques et pratiques, madame Lachapelle insistait toujours beaucoup sur la nécessité indispensable de bien connaître la position de l'enfant et de ses différentes par-

ties : il ne suffit pas, répétait-elle sans cesse, de s'être assuré que dans l'accouchement l'enfant présente telle ou telle partie ; mais il faut en même temps se représenter par la pensée, voir en quelque sorte à travers les parois qui le recouvrent sa situation générale, sa disposition, le placement de ses membres, leurs rapports avec les parties de la mère : sans une connaissance exacte de cet objet important, que l'on ne peut acquérir que par l'habitude et l'exercice, on agit en aveugle, on ne réussit que par hasard (1), et lorsque le cas nécessite l'application des moyens de l'art, on ne sait ni quelle main il faut de préférence employer, ni comment il faut la diriger ; et tandis qu'une personne instruite et attentive aurait promptement et facilement surmonté l'obstacle, on perd le temps en tâtonnemens inutiles, en efforts fatigans, parfois même dangereux. Si nous suivons madame LACHAPELLE dans sa pratique, nous avons également à louer ses attentions dans tous les cas, et sa dextérité dans ceux qui nécessitent des manœuvres parti-

---

(1) Il en doit être de même pour toutes les parties de la médecine pratique : sans doute il importe beaucoup, comme le recommande Hippocrate, d'observer avec attention la face, l'attitude du malade, l'état de la peau, de la respiration, des diverses fonctions, et tous les symptômes ou phénomènes morbides qui se présentent à l'extérieur ; mais quoique très-importantes, ces considérations ne peuvent suffire à établir un diagnostic complet de la maladie ; il faut encore que le médecin s'attache à reconnaître, à déterminer d'une manière positive le foyer ou siége primitif de la maladie ; et pour s'en former une idée toujours vraie, il doit, à travers l'épaisseur des parois qui le cachent, se représenter *intuitivement* par la pensée l'état de l'organe primitivement et essentiellement affecté ; les altérations progressives qu'il éprouve dans sa forme, sa texture, ses propriétés, ses connexions, son influence sur les différentes parties de l'organisme ; il doit aussi

culières. *Baudelocque*, si bon juge dans cette matière, admirait avec quelle facilité sa main souple, délicate, toujours dirigée par l'intelligence, savait surmonter tous les obstacles : aussi toutes les fois qu'il était appelé à l'Hospice pour quelques accouchemens laborieux, il confiait à madame LACHAPELLE le soin de les terminer elle-même. Il aimait beaucoup la voir opérer sous ses yeux, et ne manquait jamais d'applaudir à ses succès.

» Avant de commencer une manœuvre quelconque, madame LACHAPELLE avait toujours soin d'en prévenir la femme, de lui en faire sentir la nécessité, les avantages, et d'éloigner de son esprit la crainte et l'inquiétude : s'agit-il de l'application du forceps, « je ne man-
» que jamais, nous dit-elle, ainsi que Baudelocque en a
» donné le judicieux précepte, de faire voir l'instrument
» à la femme, de lui expliquer à-peu-près son usage et
» sa façon d'agir; il n'en est aucune que cette démon-
» stration ne tranquillise, et j'en rencontre souvent qui,
» à leur deuxième accouchement, sollicitent l'applica-

---

considérer la constitution particulière du sujet, les circonstances antécédentes et concomitantes, la cause qui a déterminé, qui entretient la maladie.

Il doit surtout reconnaître le degré d'énergie de la nature, si ses efforts ou la réaction des organes peuvent seuls suffire pour résister à la maladie, en amener la guérison, le retour à l'ordre primitif et habituel.

C'est par cet enchaînement, ce concours de considérations simultanées, que l'on peut parvenir à établir une méthode rationnelle de traitement, un choix, un ordre dans la diète et l'emploi des moyens curatifs.

» tion du forceps qu'elles ont vu mettre en usage pour les » débarrasser au premier (1) ».

» Madame LACHAPELLE terminait elle-même ou faisait terminer sous ses yeux, par une des anciennes

---

(1) Autrefois on entendait peu parler d'accouchemens terminés par le forceps, et dans une pratique longue et très-étendue, le sage Baudelocque y a eu rarement recours; mais il n'en est pas de même aujourd'hui, et dans la pratique civile l'usage du forceps est depuis quelques années devenu très-fréquent. Chaque accoucheur a toujours son forceps en poche, et il faut bien l'employer, c'est la mode, c'est l'art de se faire valoir, et il ne faut pas en laisser échapper l'occasion. Dans l'état actuel, disait un jour *Alphonse-Leroy*, on peut d'avance, et avec certitude, parier que telle dame sera accouchée avec le forceps. Eh! ne voyez-vous pas, ajoutait-il plaisamment, que c'est le *fion*, le moyen de se rendre plus important? D'ailleurs les femmes, pour faire parade de fermeté, de patience, aiment à raconter comment elles ont été accouchées par les *ferremens*.

Certes, les accouchemens difficiles ne sont pas plus nombreux aujourd'hui qu'ils l'étaient autrefois, et d'après les relevés exacts faits par madame *Boivin*, on sait qu'à l'hospice de la Maternité, où il se fait chaque année le plus grand nombre d'accouchemens, sur deux cent quinze cas, il n'y a eu qu'une seule application du forceps : tandis qu'à Londres, *Merriman* et *Bland* l'ont employé une fois sur cent soixante-douze cas; et s'il était possible de connaître tous les cas particuliers de la pratique en ville, on trouverait sans doute qu'on l'emploie bien plus souvent encore. On voit même que, dans sa pratique, *Osiander* (Archives de l'art des accouchemens, t. II, p. 29) comptait quatre cents accouchemens artificiels sur un total de sept cents. Ainsi des praticiens plus jaloux de l'éclat et de leur renommée que du bien-être des femmes et des enfans, se font dans le public un titre de gloire des nombreux accouchemens difficiles qu'ils rencontrent ou qu'ils disent rencontrer dans leur pratique; et c'est, observe judicieusement dans ses cours le professeur DUBOIS, *parce qu'ils veulent absolument accoucher; ils ne veulent pas donner à la nature, plus sage qu'eux, le temps de terminer son œuvre; ils la contrarient, la gênent, la tourmentent : heureux encore s'ils en sont quittes pour avoir voulu paraître nécessaires!*

élèves, tous les accouchemens contre nature; et ces opérations se faisaient toujours dans le silence, le calme le plus grand, et en présence des élèves; mais aussitôt que la femme était entièrement délivrée et placée dans son lit, madame Lachapelle les rassemblait toutes dans l'amphithéâtre : là elle exposait avec détail toutes les circonstances du cas particulier qui venait d'avoir lieu; elle faisait connaître les motifs qui avaient déterminé le procédé opératoire, les attentions que l'on doit apporter avant, pendant son exécution; et, pour ne rien échapper de ce qui peut contribuer à l'instruction, elle l'exécutait sur le mannequin, et le faisait répéter successivement à toutes les élèves, en y ajoutant toujours de nouveaux développemens. De telles leçons cliniques sont la source la plus féconde de l'instruction, et mieux que les plus longues descriptions ou les lectures les plus attentives, elles gravent dans l'esprit tout ce qu'il importe de savoir.

» Mais outre ces leçons cliniques, tous les cas d'accouchemens, même les plus simples, sont chaque jour notés, décrits, recueillis avec la plus grande exactitude par une des élèves; et dans le silence du cabinet, madame Lachapelle les rapprochait, les comparait, en tirait des inductions générales, en composait des Mémoires également propres à servir à l'instruction des élèves et aux progrès de l'art.

» Le premier volume de ces Mémoires, riche d'observations nouvelles, de réflexions judicieuses, et qui a obtenu l'approbation unanime de tous ceux qui se livrent à l'art des accouchemens, a paru l'an passé : nous en donnâmes alors une notice, qui fut imprimée dans

le procès-verbal de la séance publique de cette année et l'on espérait bientôt jouir de la suite de cet ouvrage important (1) ; mais déjà madame LACHAPELLE portait le germe d'une maladie cruelle qui minait sourdement son existence. Sa patience, son courage, lui en firent négliger les commencemens, et quoique déjà l'on remarquât sur ses traits une altération profonde, elle cachait soigneusement ses douleurs aux personnes qui l'entouraient, et continuait l'exercice de ses fonctions : cependant le mal faisait insensiblement des progrès qui la firent succomber le 4 octobre dernier.

» Quoique prévue depuis plusieurs mois, la mort de madame LACHAPELLE (qui eut lieu le 4 octobre 1821) causa la consternation, l'affliction la plus profonde non-seulement aux élèves, aux personnes attachées à l'Établissement, mais encore à un grand nombre de Dames de la ville et de la cour qui connaissaient ses talens, en avaient éprouvé les bienfaits. Elle causa de même de vifs regrets à tous les hommes de l'art qui en désirent sincèrement les progrès, et qui savaient combien madame LACHAPELLE pouvait y contribuer.

» Le Conseil général des Hôpitaux et Hospices de Paris n'y fut pas moins sensible, et pour en réparer la perte autant qu'il était possible, il a désigné pour la remplacer madame Legrand, une des anciennes élèves

---

(1) On trouve aussi dans l'*Annuaire médico-chirugical des hospices et hôpitaux civils*, Paris, 1819, cinq observations importantes de madame LACHAPELLE, sur différens cas d'accouchement.

les plus distinguées de cette École, qui, pendant son séjour à l'Hospice, avait obtenu par son zèle, ses mœurs et ses talens, la confiance, l'amitié de madame LACHAPELLE, était pénétrée de sa méthode, de ses principes, et qui, depuis douze ans fixée à Versailles, y avait pratiqué d'une manière honorable et même enseigné l'art des accouchemens. Aussi ce choix a été généralement applaudi, et nous ne doutons point que Madame Legrand continuera à soutenir la gloire et la célébrité de cette École.

» Jeunes Élèves qui m'écoutez, ce n'est point par des pleurs du moment, par de stériles regrets que vous vous montrerez sensibles à la perte de votre bonne et excellente institutrice; c'est en rappelant le souvenir de ses qualités, de ses vertus; c'est en la prenant pour modèle, en acquérant l'habitude de la patience, de la douceur, des attentions auprès des femmes qui vous appelleront pour les soulager dans leurs douleurs.

» Quoique les noms de BAUDELOCQUE et de madame LACHAPELLE soient déjà inscrits d'une manière honorable dans le livre de la postérité, cependant, comme l'un et l'autre ont beaucoup contribué à la gloire de cette École, qu'ils en sont en quelque sorte les fondateurs, il est à désirer de voir incrusté dans le mur de cet amphithéâtre, qui a si souvent retenti de leur voix, un simple marbre qui rappelle aux élèves et aux étrangers qui viennent visiter cet Établissement leurs premiers professeurs, les auteurs de sa célébrité, de son illustration; c'est un témoignage d'attachement et de reconnaissance qui est bien dû à leur mémoire : prions

donc M. LE PRÉSIDENT DE CETTE SÉANCE de prése
nos vœux au Conseil général des Hospices, de les
puyer de son crédit et du vif intérêt qu'il prend à c
École; et espérons qu'ils seront écoutés et accueillis
vorablement. »

PRATIQUE DES ACCOUCHEMENS.

IVe MÉMOIRE.

Positions des Pieds, des Fesses et des Genoux.

ARTICLE PREMIER.

Définition, Division.

DÉJA, dans le premier volume, j'avais fait pressentir la réunion que j'ai faite ici de ces trois genres de positions : tout, en effet, semble devoir les réunir en théorie comme en pratique. Le fœtus, dans ces trois genres de positions, conserve, à peu de chose près, son attitude. Les espèces et les variétés rattachées à chaque genre sont à-peu-près les mêmes ; les causes productrices ont encore plus d'analogie ; le mécanisme n'offre que quelques légères différences ; enfin les indications et les procédés opératoires ne diffèrent que relativement à quelques détails peu importans et pour ainsi dire accessoires.

D'aussi nombreux et d'aussi puissans motifs nous ont paru suffisans pour nous déterminer à établir un rapprochement auquel s'opposait seule la diversité de fréquence. Ainsi le quatrième Mémoire réunira toutes les positions qui constituent le 2e ordre de plusieurs nomenclateurs, de M. Gardien en particulier.

Ces positions sont celles dans lesquelles le fœtus offre à l'orifice l'extrémité inférieure de l'ovoïde qu'il représente. Pelotonné comme de coutume, il peut présenter, sans changer réellement d'attitude, soit les fesses, soit les pieds, soit même les genoux; il suffit, pour produire ces différences, d'un degré de plus ou de moins dans la flexion ou l'extension des membres inférieurs. Quand les pieds sont là, les fesses ne sont pas loin, et il n'est pas rare de pouvoir sentir à la fois les uns et les autres. (*Voy.* BURTON, pl. XIII, fig. 1.) Il en est ainsi constamment dans les premiers momens du travail, et, si les fesses continuent à s'avancer seules, les pieds, retenus, s'élèvent vers l'abdomen, les jambes se déploient et s'étendent; mais cette attitude est toujours secondaire et dépendante du travail.

Peut-être, d'après cela, aurait-on pu ne faire des trois qu'un seul genre de positions, et ranger, dans les variétés ou dans les particularités du mécanisme, la présentation des fesses et des genoux; mais cette division nouvelle aurait trop fortement choqué les opinions reçues, et j'ai préféré me rapprocher autant que possible de l'ancienne nomen-

clature. Cependant, comme je dois souvent, dans le cours de ce Mémoire, parler collectivement des trois genres, on me permettra de les désigner sous le nom générique de *positions de l'extrémité pelvienne du fœtus*.

Cette extrémité pelvienne, à part toute considération relative aux membres inférieurs, peut s'offrir dans une multitude de directions au détroit supérieur, comme nous l'avons déjà dit pour la tête : de là vient l'arbitraire des divisions adoptées par les auteurs. Celle de Baudelocque me paraît aussi bonne qu'aucune autre, en corrigeant toutefois l'irrégularité que la fréquence supposée des positions diagonales lui a paru exiger (1). Les première et deuxième positions portent pour caractère la direction en avant et à droite (2e) ou à gauche (1re) de la partie postérieure du tronc; mais il n'a pas réfléchi que cette direction est le plus souvent imprimée au tronc, soit par la main de l'accoucheur, soit par le mécanisme même de l'accouchement. Au détroit supérieur, les positions

(1) Les parties dont les positions offrent des variétés si nombreuses peuvent être soumises à certaines règles; on peut et on doit leur donner, comme positions cardinales, celles qui doivent offrir quelques particularités dans le mécanisme de l'accouchement naturel, celles qui fournissent des données particulières pour l'établissement des indications et l'exécution des procédés opératoires, et alors ces données sont également applicables aux positions intermédiaires qui leur ressemblent le plus.

directes sont tout aussi ordinaires que les diagonales, et la division devient plus régulière en prenant les premières pour nos points cardinaux.

Quant aux positions directes dans lesquelles le sacrum du fœtus est tout-à-fait en avant ou tout-à-fait en arrière, ces positions, admises par Baudelocque, et, avant lui, par tous les accoucheurs, ont été rejetées par MM. Capuron et Maygrier. Nous ne saurions partager leur opinion sous ce rapport, et les exemples répétés que notre pratique nous en a fournis nous permettent de conserver ces deux espèces. En conséquence, je subdivise chacun de nos trois genres en quatre espèces. Dans la première, les lombes du fœtus sont à gauche; elles sont à droite dans la deuxième, en avant dans la troisième, et dans la quatrième elles sont en arrière. Dans cet exposé nous avons cherché à conserver l'ordre de leur fréquence relative, et les positions diagonales observent entre elles le même rapport de fréquence suivant qu'elles se rapprochent de l'une ou de l'autre de ces quatre positions cardinales. Chacune de ces positions est susceptible d'un assez grand nombre de modifications qui constituent les variétés : le détail en serait long, fastidieux et peut-être obscur, et je préfère reproduire ici le tableau que j'en ai donné dans le premier volume (1).

---

(1) En suivant la première idée de madame Lachapelle, voici quelle distribution j'aurais adoptée :

GENRES.	ESPÈCES.	VARIÉTÉS.
IIIe. FESSES.	1re. Lombes à gauche. 2e. — à droite. 3e. — en avant. 4e. — en arrière.	1°. Diagon. { lombes en avant. — en arrière. 2°. Parties génitales au centre du détroit supérieur (*voisinage des pubis*). 3°. Coccyx au centre (*voisinage des lombes*). 4°. Une seule fesse au centre (*voisinage de la hanche*).
IVe. PIEDS.	1re. talons à gauche. 2e. — à droite. 3e. — en avant. 4e. — en arrière.	1°. Intermédiaire diagonale. 2°. Un seul pied. 3°. Les pieds et les fesses ensemble.
V^e. GENOUX.	1re. fesses à gauche. 2e. — à droite. 3e. — en avant. 4e. — en arrière.	1°. Diagonales. 2°. Partie antérieure des cuisses voisine du centre. 3°. Partie antérieure des jambes au centre (*voisinage de l'abdomen*). 4°. Un seul genou. 5°. Un pied et un genou.

Dans cette nomenclature ne sont point comprises les présentations accidentelles d'un pied avec la tête : c'est alors un véritable accident, une procidence analogue à celle d'une main ou du cordon. Les deux pieds se trouvent quelquefois dans le même cas ; mais alors, comme nous le verrons dans l'instant, il arrive assez souvent que la posi-

---

IIe GENRE. PIEDS, FESSES ET GENOUX.	1re. dos à gauche. 2e. — à droite. 3e. — en avant. 4e. — en arrière.	1°. diagonales.	
		2°. inclinées.	Voisinage des pubis (*parties génitales, devant des cuisses*). Voisinage de l'abdomen (*devant des jambes*). Voisinage des lombes (*coccyx*). Voisinage de la hanche et de la partie extérieure de la cuisse. { droite, gauche (*une seule fesse*).
		3° imparfaites et mixtes.	Un seul pied, un seul genou. Les pieds et les fesses, un pied et les fesses. Un pied et un genou.

(*Note de l'Éditeur.*)

tion devient permanente et réelle, en un mot que les pieds occupent le passage, et que la tête s'en éloigne.

ARTICLE II.

Fréquence relative.

Comparer la fréquence des positions qui nous occupent avec les autres positions du fœtus, comparer ensuite la fréquence de chacune d'elles proportionnellement à ses annexes, enfin établir le même parallèle entre les variétés et les espèces, et comparer aussi les variétés entre elles, tel doit être l'objet de cet article.

Prises dans leur ensemble, ces positions sont généralement reconnues pour être, après celles du vertex, les plus ordinaires. Le deuxième tableau du premier volume en indique 586 sur un total de 15,652. Le tableau des positions du deuxième volume ne nous en offre que 804 sur un total de 22,243, proportion à-peu-près semblable et qu'on peut évaluer à $\frac{1}{27}$. On pourrait donc, d'après ce calcul, s'attendre à rencontrer, sur vingt-sept, un accouchement par les pieds, les fesses ou les genoux.

Mais la proportion est loin d'être uniforme pour chacun des trois genres, et l'examen des tableaux ci-dessus mentionnés en fournira des preuves convaincantes. Les fesses se présentent un peu plus souvent que les pieds; mais la présentation des genoux est extrêmement rare, puisqu'on

ne l'a observée dans notre hospice que 11 fois sur 37,895 accouchemens, ce qui équivaut à une fois sur 3,445.

Quant aux espèces, leurs proportions sont aussi très-variées. Suivant Asdrubali, les diverses espèces seraient absolument arbitraires et constamment créées par l'accoucheur, qu'Asdrubali suppose devoir toujours agir en pareille circonstance. Cette remarque est judicieuse sous un rapport et fausse sous un autre. En effet, si c'est dans les efforts d'une extraction artificielle qu'on voit se produire le plus souvent les première et deuxième positions de Baudelocque, il n'est pas moins certain que les accouchemens, que nous abandonnons journellement à la nature dans l'hospice de la Maternité, nous présentent tantôt l'une et tantôt l'autre des diverses positions que nous avons énumérées tout-à-l'heure. Suivant MM. Capuron et Maygrier, les positions dans lesquelles le dos regarde en avant ou en arrière seraient purement hypothétiques, tandis que, suivant Mauriceau, Dionis, Delamotte, Levret (*Art des Acc.*) et Asdrubali (1), les lombes seraient le plus ordinairement tournées en arrière. Suivant Smellie, au contraire, les lombes seraient plus fréquemment en avant, sinon avant

(1) *Le posizioni più frequenti delle natiche nella pelvi sono due; o trovasi il feto voltato col dorso alla parete anteriore della matrice, oppure col medesimo dorso a quella posteriore.* Tom. III, pag. 91.

le commencement du travail, du moins dès les premières périodes. Ces positions, dont nous avons déjà affirmé l'existence, sont donc bien constatées par l'autorité de ces écrivains, et l'on en peut chercher les preuves dans leurs observations. (*Voyez* SMELLIE, t. II, p. 82, 84 et 98; t. III, p. 95, etc.; MAURICEAU, obs. 46.) Il est bien vrai néanmoins qu'elles se présentent moins souvent que les positions dans lesquelles le dos regarde un côté de la mère, et même que les diagonales. Nos tableaux nous montrent que, sur 1,390 positions de l'extrémité pelvienne du fœtus, 756 ont offert le dos dirigé du côté gauche de la mère, 494 du côté droit, 13 en avant et 26 en arrière. Cette dernière proportion vient à l'appui de l'assertion de Mauriceau, Dionis, Delamotte et Levret.

Les *variétés diagonales* sont fort ordinaires, et parmi elles les plus fréquentes sont celles dans lesquelles le dos regarde obliquement en devant. Leurs opposées ne sont pourtant pas rares (1), et comme je l'ai déjà fait pressentir, les premières ne paraissent si fréquentes que parce que la direction qu'elles affectent est constamment produite

(1) J'ai eu occasion de m'en convaincre pendant mon séjour à l'hospice de la Maternité. En trois ans, j'ai trouvé quatre à cinq positions diagonales, le dos en arrière. Delamotte a dit, dans cette intention sans doute, que l'enfant était ordinairement agenouillé sur un des pubis.

(*Note de l'Éditeur.*)

ar le fait même du travail dans les deux pre-
ières positions cardinales; c'est un mouvement
aturel de leur mécanisme.

Les positions inclinées sont moins fréquentes
ue les directes : cependant assez souvent on ren-
ontre les parties génitales siégeant au centre du
assin (VIARDEL, pag. 252; DELAMOTTE, obs. 296;
MAND, pag. 152.); les cuisses sont toujours flé-
hies alors, plus ou moins écartées, et les jambes
ntôt relevées vers l'abdomen et tantôt pliées sur
s cuisses. Bien plus rarement les cuisses sont éten-
ues et portées en arrière; leur partie antérieure
épond presqu'au centre du détroit supérieur, et
on sent avec facilité les pubis et le bas du ventre.
PORTAL, observ. 77.) Une seule fois j'ai rencon-
é pareille position à l'hospice de la Maternité. Il
t un peu moins rare de voir la même disposition
u tronc, c'est-à-dire, l'abdomen du fœtus rap-
oché du détroit supérieur de la mère avec demi-
exion du membre inférieur, de telle sorte que ce
sont ni les pieds ni les genoux, mais le *devant*
es jambes qui couvre l'ouverture supérieure de
excavation pelvienne. (*Voyez* BURTON, pl. XIV,
g. 1.)

Une disposition moins commune que la pre-
ière mentionnée dans ce paragraphe, mais plus
uvent observée que les deux autres, c'est l'incli-
aison en arrière. Le coccyx est alors au centre
u détroit; le doigt de l'accoucheur parcourt faci-
ment le sacrum, et peut même toucher assez aisé-

ment les lombes si le fœtus n'a pas beaucoup de volume. Ce sont là les positions qu'on a données pour des positions des *lombes*, ainsi qu'on peut s'en convaincre par la lecture des observations de nos bons auteurs. (PORTAL, obs. 1re et 59.)

Un peu moins souvent le tronc est incliné dans un autre sens : c'est le sens latéral, et de là résultent de nouvelles variétés : ce sont les positions dans lesquelles une seule fesse se présente au détroit supérieur, dans lesquelles, par conséquent, la *hanche* n'est pas loin. Ce sont ces positions vicieuses qui ont reçu des accoucheurs la qualification de *positions de la hanche*. (PORTAL, obs. 52; VIARDEL, pag. 159.) Parmi les anciens, plusieurs ont nettement déclaré que c'était pour eux la même chose (PEU, p. 418; SMELLIE, t. 1.), et je crois que c'est à tort que les modernes ont voulu établir une distinction complète en faisant, des positions de la hanche, un genre isolé. Jamais la hanche ne se présente *en plein* au détroit supérieur; elle peut en être voisine; mais c'est la fesse qui occupe le centre. Il en est absolument de même des positions des parties latérales des cuisses, admises par quelques nomenclateurs. (PORTAL, obs. 35.) En effet, les cuisses étant presque toujours fléchies, il est tout simple que, quand une seule fesse se présente, la partie externe de la cuisse se trouve inclinée vers le détroit et facilement touchée par le doigt de l'accoucheur.

A en juger par ce que j'ai rencontré dans ma

pratique, cette inclinaison serait plus ordinaire dans les positions diagonales ou dans celles qui mettent en rapport le dos de l'enfant avec le rachis ou avec la ligne blanche de la mère. En effet, comme de telles positions nécessitent une inclinaison assez considérable de la totalité du fœtus, on conçoit qu'il trouve plus d'étendue dans le diamètre transversal du grand bassin que dans l'antéro-postérieur : cependant, quand il existe une obliquité antérieure de l'utérus, il peut se faire qu'une hanche soit plus voisine du centre qu'il ne le faut pour que l'accouchement soit régulier et facile : en pareil cas c'est la fesse qui est le plus rapprochée des pubis de la mère qui s'enfonce davantage, et qui vient occuper seule le centre du détroit supérieur.

Les positions mixtes ou imparfaites se rencontrent presque aussi souvent que les positions franches, et il est aisé de se rendre compte de cette particularité. Les membres inférieurs sont si flexibles et si mobiles qu'il n'est rien de plus facile à concevoir que la présentation simultanée d'un pied et d'un genou (Mauriceau, obs. 101 et 308), ou celle d'un seul pied, d'un seul genou. Pour peu qu'une de ces parties soit retenue, l'autre descend seule, et l'accouchement n'en est pas moins facile; presque toujours un des membres s'avance plus que l'autre, et c'est celui qui est en avant; quoique Levret ait avancé la proposition contraire (*Art des Accouch.*) relativement aux pieds. Dela-

motte le dit en propres termes pour les genoux, et Mesnard l'affirme pour les genoux et pour les pieds. Une légère connaissance de la direction des axes du bassin suffit pour rendre raison de ce phénomène; nous y reviendrons au sujet du mécanisme de l'accouchement naturel par l'extrémité pelvienne du fœtus : c'est de cette façon que Deventer pense que se produit constamment la présentation d'un seul pied : tous deux, dit-il, sont là au commencement du travail; mais l'un reste libre et descend, tandis que l'autre est retenu (pag. 267).

La connaissance que nous avons de l'attitude du fœtus dans le sein de sa mère nous rend tout aussi facile l'explication de la présentation simultanée des pieds et des fesses. Quand les pieds se présentent au détroit supérieur, les cuisses et les jambes ne sont pas étendues; elles sont, au contraire, fléchies; l'enfant est comme accroupi, et les talons appuient sur les fesses. Or, supposez que les pieds s'écartent l'un de l'autre ou qu'ils se portent un peu en avant, les fesses deviendront accessibles; elles pourront même s'avancer seules, et au moyen de l'extension graduelle des membres inférieurs, laisser les pieds au-dessus de l'excavation retenus par le détroit abdominal.

ARTICLE III.

Causes.

La connaissance des causes qui produisent les diverses positions du fœtus est bien peu avancée encore, et fort heureusement c'est de l'art des accouchemens la partie la moins importante relativement à la pratique ; peut-être, il est vrai, si nous connaissions bien la manière dont se produisent ces positions défavorables, pourrions-nous les prévenir, ou même leur en substituer de plus avantageuses. Nous sommes malheureusement bien loin de ce degré de perfection, auquel, peut-être, il serait ridicule de prétendre. Qui pourra jamais déterminer pourquoi une femme saine, bien portante et bien faite, reproduit à chacun de ses accouchemens une position désavantageuse, ainsi que l'a fréquemment observé Smellie (tom. III, pag. 122), ainsi que nous l'avons cent fois observé nous-mêmes? Quel rapport y a-t-il entre la conformation d'une femme et la présentation constante de chacun de ses enfans par les fesses ou les pieds, ou bien par l'épaule? Si cela tient à une disposition organique, à une conformation particulière, pourquoi une autre femme accouchera-t-elle successivement de quatre à cinq enfans qui offriront tous une partie différente? car cette singularité n'est pas plus rare que la précédente ; elle est même beaucoup plus ordinaire. Nos anciens maîtres n'é-

taient pas embarrassés pour expliquer comment l'extrémité pelvienne du fœtus se trouvait quelquefois, au lieu de la tête, en rapport avec le bassin de la mère. L'enfant, suivant eux, était assis sur l'angle sacro-vertébral jusqu'à une époque avancée de la grossesse; à cette époque une *culbute* substituait la tête aux fesses; et si, par un motif quelconque, l'enfant s'épargnait ce tour de force, la tête restait vers le fond de l'utérus, et l'extrémité pelvienne vers l'orifice du même organe. La *prépondérance* physique qu'on reconnaît à la tête sur toutes les autres parties, et dès les premiers temps de la grossesse, rend inadmissible aujourd'hui une semblable opinion. Mais, dit-on, l'enfant flotte jusque vers le huitième mois assez librement dans l'utérus; sa tête peut, dans quelque mouvement de la mère, dans le moment du décubitus en particulier, se porter vers le fond de l'utérus (1), et si l'enfant à déjà un certain volume, peut-être son grand diamètre ne pourra repasser par les petits diamètres de l'ovoïde utérin sans un mouvement aussi énergique que celui qui a changé la position: or, si ce dernier mouvement n'a pas lieu, l'enfant

(1) Cette explication est rendue plus probable encore par une remarque que chacun peut faire, et dont mes registres contiennent des preuves multipliées: c'est que les positions de l'extrémité pelvienne sont bien plus fréquentes chez les fœtus abortifs que chez ceux qui naissent à terme, et chez les jumeaux que chez les autres enfans.

onservera cette position nouvelle, et l'extrémité elvienne viendra, au moment du travail, se résenter au passage. Cette explication en vaut ne autre, et je ne vois aucun motif pour la ejeter. Elle est applicable surtout aux cas dans esquels nous voyons l'utérus contenir fort peu 'eau, et l'enfant acquérir une taille plus qu'ordinaire.

Dans le cas contraire, elle serait insuffisante et es faits lui donneraient un démenti formel. En ffet, lorsque la matrice contient beaucoup d'eau t que l'enfant n'est pas trop volumineux, il n'est as excessivement rare de sentir, au commencement du travail, la tête du fœtus, et de le voir naître nsuite par les pieds ou par les fesses. (DELAMOTTE, bs. 105.) Il arrive dans ce cas un changement anaogue à ceux dont j'ai parlé dans le premier Méoire : les pieds descendent auprès de la tête par ne véritable procidence. Il arrive même quelquefois, comme dans l'observation de Delamotte et ans une des miennes, que la main et le cordon escendent avec les pieds. Si ces parties déplacent tête et la poussent de côté, les fesses ne tardent as à les suivre en se plaçant dans l'espace que la te abandonne; celle-ci se relève par une sorte de ascule que les fesses impriment au tronc en s'aaissant vers l'orifice, et bientôt cette position seondaire ne diffère en rien des positions primitives e l'extrémité pelvienne.

En voilà assez pour les positions en général :

les causes particulières à chaque genre ne sont autres que la mobilité des membres inférieurs. Quant aux causes particulières à chaque espèce, il serait plus difficile de les déterminer, et j'avertis d'abord qu'il ne faut pas les déduire de la conformation du détroit supérieur, puisque nous considérons ces positions avant que la partie ait pénétré en aucune manière dans l'excavation. J'ai déjà dit que je ne partageais pas l'opinion d'Asdrubali, qui, n'admettant que deux positions, regarde toutes les autres comme artificielles. Les variétés se soumettent plus aisément à la théorie : ainsi les positions diagonales sont produites par la conformation du bassin de la mère, par la largeur des diamètres obliques du détroit abdominal. Ces positions dérivent des cardinales; elles sont déterminées par un commencement de travail, et constituent le premier degré du mécanisme de la terminaison naturelle. Les positions inclinées sont presque toujours le résultat ou d'une obliquité utérine, et le plus souvent d'une obliquité latérale, quelquefois aussi d'une obliquité antérieure (1), ou bien d'un vice du bassin, d'une trop forte saillie de l'angle sacro-vertébral. Les positions mixtes et imparfaites ont été analysées sous ce rapport dans l'article précédent, et je ne crois pas nécessaire d'y revenir : tirons-en seulement cette conclusion énoncée par

(1) *Clunium una ferè semper ab utero obliquo.* ROEDERER.

Deventer, que, puisqu'il arrive souvent qu'un membre est retenu tandis que l'autre descend seul, il faut les saisir tous deux avant que ce changement ne se soit opéré. Ajoutons pourtant à ce précepte une restriction relative aux cas où l'on abandonne à la nature le soin de l'expulsion du fœtus, comme nous avons l'habitude de le faire à l'hospice de la Maternité, toutes les fois que des indications accessoires ne nous forcent pas d'agir.

ARTICLE IV.

Mécanisme.

Dans tous les temps, on a reconnu la possibilité de l'expulsion naturelle du fœtus présentant son extrémité pelvienne; on a varié seulement sur les dangers qu'on a cru attachés à une pareille terminaison, et c'est ce dont nous nous occuperons dans un des articles subséquens : il s'agit ici seulement de déterminer de quels procédés se sert la nature dans l'expulsion spontanée, afin de pouvoir agir, dans les cas difficiles, d'après des principes sûrs, et non d'après des données hypothétiques.

Le mécanisme par lequel s'opère l'expulsion spontanée a généralement été mal décrit jusqu'à nos jours, et ce n'est guère que dans les ouvrages de Baudelocque et de MM. Gardien et Capuron qu'on trouve quelque chose d'exact et de satisfaisant (1).

(1) Baudelocque, tom. 1er, pag. 326; Gardien, pag. 382; Capuron, pag. 232.

Ce mécanisme, il est vrai, est loin d'être aussi régulier, aussi constamment le même que celui des diverses régions de la tête; il s'en faut de beaucoup que les temps et les mouvemens soient aussi distincts et aussi tranchés. La mollesse des parties qui constituent l'extrémité pelvienne fait qu'elles s'accommodent plus aisément aux diverses formes des détroits; elles s'y moulent sans peine, et par conséquent elles ont moins besoin de changer de direction pour se mettre en rapport avec les grands diamètres des détroits et de l'excavation. Je le disais dans le premier volume, si la tête avait assez de mollesse pour se conformer aux configurations des différentes parties du bassin, le mécanisme serait nul, du moins sous le rapport des mouvemens rotatoires; il ne resterait plus guère que les mouvemens dépendant de la différence des axes du détroit abdominal et du périnéal: eh bien! cette réflexion est presqu'entièrement applicable à l'extrémité pelvienne; les hanches et le reste du tronc, même les épaules, peuvent, à la rigueur, traverser les détroits du bassin en quelque sens que ce soit, si ce n'est pourtant en haut dans le sens antéro-postérieur, et en bas dans le sens transversal (eu égard à leur grand diamètre). La tête seule doit de toute nécessité suivre, pour sortir, une marche analogue à celle qu'elle suit quand elle se présente la première. Voici pourtant ce qu'on observe de plus constant : en général, que les hanches aient pénétré transversalement situées dans le détroit

supérieur, ou qu'elles s'y soient enfoncées diagonalement, elles prennent toujours, vers le bas de l'excavation, une direction voisine de l'antéro-postérieure, et ce par une véritable rotation qui porte vers le sacrum une des hanches, celle qui en est la plus voisine si la position n'est pas tout-à-fait transversale. Je n'ai jamais vu les hanches se dégager *tout-à-fait* transversalement de la vulve comme Baudelocque dit que cela arrive quelquefois, et je n'ai pas toujours vu leur direction devenir en ce moment *tout-à-fait* antéro-postérieure, c'est-à-dire, l'une regarder tout-à-fait en avant, et l'autre en arrière, comme M. Gardien le décrit, et comme Denman l'indique. Le plus souvent les hanches conservent au détroit inférieur une direction plus ou moins diagonale (1), telle qu'une d'elles passe sous une branche de l'arcade pubienne, et l'autre

(1) Voici un fait qui prouve l'utilité, la nécessité de cette disposition diagonale.

Le 11 mars 1821, une femme accoucha pour la deuxième fois d'un enfant mâle, vivant et pesant six livres, qui avait d'abord présenté les fesses au détroit supérieur, les lombes étant tournées à gauche et *un peu en avant*. En traversant l'excavation, les lombes se tournèrent en *arrière* et à gauche, et la moitié du tronc sortit ainsi; mais quand les épaules sortirent, le dos se tourna de nouveau en *avant* et à gauche. Le tronc était donc primitivement dirigé comme dans la première position de Baudelocque; mais les fesses s'enfoncèrent longitudinalement, et dans le bas de l'excavation la *nécessité de la direction diagonale* força cette faible tendance, et changea la disposition primitive en son opposée.

sur le ligament sacro-sciatique opposé. Cette particularité a été notée comme fréquente par Baudelocque, et comme plus fréquente que celle que je rejetais tout-à-l'heure. Suivant MM. Gardien, Capuron et Maygrier, les hanches ne s'engageraient jamais transversalement au détroit supérieur. Je suis dans une opinion toute contraire, et je m'appuie, non-seulement sur mon expérience, mais encore sur le sentiment des anciens, de Mauriceau, Delamotte et Smellie en particulier, et sur celui de Baudelocque parmi les modernes.

Le tronc suit nécessairement une marche analogue à celle des hanches, et les épaules doivent se présenter au bassin dans les mêmes dispositions, suivre le même mouvement rotatoire et se dégager à-peu-près de même, c'est-à-dire, diagonalement : c'est en effet ce que nous apprend l'expérience. Je ne puis, à cette occasion, passer sous silence une remarque bien judicieuse de M. le professeur Désormeaux. Tous nos livres, au sujet du dégagement des épaules, répètent à l'envi que les bras retenus par les bords de l'excavation se relèvent sur les côtés de la tête. Personne n'a fait attention que, dans l'accouchement naturel dans toute la force du terme, les bras sortaient croisés sur le thorax, et par conséquent ne se relevaient point; que les bras étaient contenus, serrés, appliqués sur le tronc et poussés au dehors avec lui par l'utérus, dont les contractions sont alors les seules forces qui conduisent l'enfant au dehors. On n'a pas réfléchi que les bras

ne se relèvent que quand on se croit obligé de tirer sur les membres inférieurs et sur les hanches, quand les efforts utérins sont insuffisans pour l'expulsion du fœtus. Nulle puissance, en pareil cas, ne pousse les bras au dehors, rien ne les applique sur le tronc; celui-ci descend, et les bras, retenus par le frottement, restent au-dessus de l'excavation; la tête descend entre eux plutôt qu'ils ne s'élèvent sur ses parties latérales. C'est donc un fait bien constant que, dans l'accouchement spontané par l'extrémité pelvienne, les bras sortent avec le thorax, et ne restent point avec la tête dans l'excavation ou au détroit supérieur.

Lorsque les épaules se sont ainsi dégagées, la tête est poussée par l'utérus vers l'excavation pelvienne. La face ou l'occiput glisse sur l'angle sacro-vertébral, et le diamètre occipito-frontal devient diagonal; en même temps l'utérus, appuyant toujours, force la tête à se fléchir à raison de la prépondérance du bras de levier représenté par la face sur celui que représente l'occiput (1). C'est alors un diamètre voisin du sphéno-bregmatique qui mesure le détroit supérieur conjointement avec le bi-pariétal; la face est en bas et l'occiput en haut; la tête s'enfonce donc avec facilité, puis elle roule dans l'excavation de manière à rendre antéro-postérieur son diamètre

(1) La tête représente ainsi un levier du premier genre, dont le point d'appui est à l'articulation occipito-atloïdienne.

occipito-frontal, et enfin elle se dégage du détroit inférieur par un mouvement d'arc de cercle auquel sert de centre l'arcade pubienne, soit que le point d'appui soit fourni par la face, soit qu'il soit constitué par la nuque, comme c'est l'ordinaire; car, même lorsque le fœtus a le sacrum tourné en arrière dans les premiers momens du travail, il arrive assez souvent qu'il se tourne en avant par le fait même du travail, et au moyen d'une rotation en pas de vis un peu plus considérable que la rotation ordinaire. Voilà pour la généralité des positions de l'extrémité pelvienne; mais chacun des trois genres qui composent ce groupe de positions doit offrir quelques différences, comme aussi chaque espèce et même chaque variété.

1°. Les pieds et les genoux situés au-dessous des fesses n'apportent pas grand changement au mécanisme ci-dessus décrit; il est bien rare qu'ils s'arc-boutent contre un point du bassin, ainsi qu'on le dit partout, et je ne me rappelle pas l'avoir vu. Deux marches leur sont ouvertes : ou bien ils descendent les premiers, et se dégagent spontanément, rendant ainsi l'accouchement plus facile et plus prompt; ou bien, retenus par les parois du bassin, ils se relèvent au-devant du tronc, augmentent le volume des hanches, sortent avec les fesses et l'abdomen, et ne se trouvent tout-à-fait dégagés que quand le thorax est à la vulve : ils rendent ainsi l'accouchement un peu plus pénible. Quelquefois un membre suit la première de ces deux

marches, et l'autre suit la deuxième (DEVENTER).

2°. Dans les espèces première et deuxième, les hanches tournent un peu (SMELLIE) pour s'engager diagonalement dans le détroit supérieur, et c'est le plus souvent de manière à tourner le dos en avant. Dans l'excavation, elles reprennent leur direction première ou ne conservent qu'une légère obliquité. Dans les espèces troisième et quatrième, les hanches s'engagent transversalement; elles éprouvent dans l'excavation la rotation susdite; mais elles ne deviennent jamais tout-à-fait antéro-postérieures, même en sortant de la vulve. Dans la troisième espèce, l'engagement au détroit supérieur est d'autant plus facile, lorsque les membres inférieurs sont relevés vers l'abdomen, que la saillie sacro-vertébrale passe dans l'intervalle des cuisses, ou que, pour parler plus convenablement, les cuisses et les jambes glissent dans les échancrures sacro-iliaques. La quatrième, abandonnée complètement aux soins de la nature, présente souvent des obstacles presque insurmontables, comme nous le verrons par la suite; mais, dans des cas plus heureux, elle se réduit à l'une des deux premières, et suit la marche que nous avons tracée plus haut.

Jusqu'ici nous n'avons parlé que des changemens de direction dans le sens horizontal (1);

(1) *Voyez* la valeur de ce mot dans l'introduction du premier volume.

il est quelques remarques à faire sur les changemens qui ont lieu dans le sens vertical (1). Au détroit supérieur, les parties semblent toujours inclinées à cause de l'inclinaison de l'axe de ce détroit: aussi lorsque l'extrémité pelvienne du fœtus se présente à ce détroit dans un plan parallèle au sien, le toucher fait-il toujours plus aisément sentir les parties rapprochées des pubis (2) : aussi dans les espèces première et deuxième semble-t-il toujours qu'un pied, un genou, une fesse, soit plus avancé que l'autre, et toujours c'est la partie qui regarde le sacrum qui paraît la plus élevée : vous en trouverez la preuve dans les observations de Smellie (t. III, p. 91, etc.), de Levret (3), de Delamotte (*loc. cit.*), d'Amand (p. 109), de Portal (obs. 37), d'Asdrubali (*loc. cit.*), etc., etc. Dans les espèces troisième et quatrième, on doit sentir bien plus aisément alors les parties génitales et le bas de l'abdomen, ou bien le sacrum et la région lombaire.

Au détroit inférieur, au contraire, les parties ont changé de disposition : celle qui était en arrière a voyagé dans la courbure du sacrum, et a parcouru un grand espace, tandis que l'autre est à peine descendue sous les pubis. Bientôt, quand le plan de l'extrémité pelvienne du fœtus se trouve tout-à-fait dans le plan du détroit infé-

(1) *Ibidem.*

(2) *Voyez* le premier Mémoire, art. *Diagnostic.*

(3) Toutes les fois, dit-il, qu'un seul pied se présente, les orteils sont d'un côté, et le talon de l'autre.

ieur, le tronc est poussé en avant et un peu en as; il sort en faisant une saillie extraordinaire, urtout quand les fesses s'avancent les premières. Cette saillie, qui suit absolument la direction de l'axe du détroit inférieur, étonne toujours les commençans, et c'est un des phénomènes qui les aident e plus à bien concevoir la direction de cet axe, et qui leur font mieux sentir l'utilité des connaissances précises en anatomie et en physiologie. Ils omprennent d'un coup-d'œil que c'est dans le sens e cet axe qu'ils doivent diriger tous leurs efforts ans les derniers temps d'un accouchement difficile.

3°. Quant aux variétés, celles qui ont lieu dans e sens horizontal (pos. diagonales) sont les seules ont le mécanisme soit réel, puisque seules elles euvent être suivies d'une terminaison spontanée. es positions inclinées mettent, par elles-mêmes, bstacle à l'accouchement, et ce n'est qu'en se éduisant à une position franche qu'elles peuvent mener à leur suite un accouchement naturel. C'est e qui arrive quelquefois lorsque l'inclinaison a eu en avant, parce qu'alors le fœtus a moins à ire pour se relever et se retrouver dans la direction de l'axe du détroit supérieur, lequel est aturellement oblique. Lorsque l'inclinaison est atérale, la réduction est plus rare, quoique possible avec certaines conditions. On en a des exemples assez fréquens dans les avortemens.

Les positions diagonales n'offrent dans leur mécanisme aucune particularité bien remarquable.

Nous avons vu que les espèces franches 1re et 2e devenaient diagonales lorsque les hanches s'enfoncent dans le détroit supérieur : donc la seule différence consiste en ce que le premier changement est nul puisqu'il est fait d'avance dans les positions diagonales; du reste, tout marche absolument de la même manière : seulement peut-être est-il alors plus rare encore que dans les première et deuxième espèces cardinales de voir les hanches sortir dans une direction bien décidément antéro-postérieure; de sorte qu'il ne s'opère alors presqu'aucune rotation horizontale.

ARTICLE V.

Diagnostic.

Le diagnostic est peut-être la partie de ce Mémoire dans laquelle les trois genres offrent le moins de rapprochemens et de caractères communs. En effet, c'est principalement sur la forme des parties que se base le diagnostic, et cette forme est évidemment bien différente des pieds aux genoux et des genoux aux fesses.

A. Offrons cependant au lecteur quelques considérations générales; il s'apercevra aisément qu'elles se réduisent à des conjectures plus ou moins probables.

1°. La forme du ventre peut, dans quelques cas, faire reconnaître que l'enfant présente au détroit supérieur l'extrémité pelvienne. Chez des femmes

ıigres, et dont l'abdomen, déjà distendu par des ossesses antérieures, avait conservé une cer-ıne flaccidité; chez des femmes dont l'utérus ntenait une médiocre quantité d'eau, il m'est ar-vé maintes fois de reconnaître la disposition dont parle. Je distinguais assez sensiblement la tête acée vers le haut et tournée vers un des côtés de bdomen; l'épaule formait aussi une saillie ap-éciable quoique moindre, et le reste du tronc se ortait vers le bassin. Tout cela, comme on le pense ien, est rarement facile à déterminer, et le plus uvent quelques bosselures irrégulières sont les uls jalons sur lesquels on peut baser des conjec-res, alors bien incertaines. L'irrégularité du ven-e est donnée par Rœderer comme un indice ssez sûr. Je renvoie pour ce sujet à mon premier émoire, où j'ai parlé des causes d'erreur qu'on oit éviter quand on cherche à baser son diag-ostic sur les apparences extérieures. On conçoit ien que la tête et les épaules produisent des bos-llures plus marquées que les hanches, puisque lles-ci sont continues avec le reste du tronc; mais tête se dessine rarement assez bien à travers les ırois de l'abdomen pour permettre de prononcer, ême en s'aidant du tact: la plus grande habitude mettrait pas toujours, en cas pareil, à l'abri de erreur. Il n'en est pas ainsi de quelques autres cas ıns lesquels les femmes elles-mêmes peuvent, mme je l'ai vu, se rendre compte de la position leur enfant en se palpant l'abdomen.

2°. La forme de la poche membraneuse qui se présente à l'orifice a été donnée par les anciens comme un signe d'après lequel on pouvait décider la question. Une poche ovalaire indiquait la présence des fesses, une poche allongée et pendante (Roederer) annonçait la présence des pieds. Les modernes sont un peu revenus de cette erreur, et ils attribuent généralement la forme de la poche membraneuse à celle de l'orifice utérin, à la résistance variable des membranes, à la quantité d'eau contenue dans l'utérus, à l'énergie des contractions, et à la proximité de la partie présentée par le fœtus. Plenk a donné un autre signe qui doit être considéré comme de nulle valeur : c'est que les membranes sont à peine tendues. Le fait est absolument faux, et avant la rupture des membranes, les douleurs sont tout aussi énergiques que quand la tête se présente.

3°. La forme de l'orifice utérin, *après la rupture des membranes*, a quelque chose de plus réel (Stein). En effet, ceux qui connaissent le mécanisme par lequel s'opère la dilatation de l'orifice de l'utérus; ceux qui savent que les fibres longitudinales tirent, à cet effet, vers le fond les bords de cet orifice, et qu'elles se réfléchissent sur les parties renfermées dans l'utérus comme sur une poulie de renvoi; ceux-là, dis-je, ne seront pas étonnés que les fesses, précédées ou non par les pieds, donnent à l'orifice une forme ovalaire, puisque les hanches du fœtus, formant une poulie plus

saillante, donnent plus d'énergie aux fibres utérines qui leur répondent. Sans tant d'explications il n'est même personne qui ne comprenne qu'un corps ovalaire (comme les fesses) poussé vers l'orifice d'une bourse, donnera à cet orifice une forme ovalaire. La tête a sans doute une forme ovale; mais on sait qu'elle s'enfonce en présentant l'occiput, et qu'elle présente aux détroits sa circonférence ronde (petite), et non sa circonférence ovale (moyenne).

4°. L'écoulement des eaux est ordinairement plus abondant au moment de la rupture des membranes, et il se prolonge un peu plus que quand la tête se présente; quelquefois même cet écoulement est total, et tout s'évacue en peu d'instans (Asdrubali, Roederer). Ce phénomène, quoique non pathognomonique, est néanmoins assez constant, et la raison en est facile à trouver. Si les pieds et les genoux se présentent, ces parties sont trop peu volumineuses pour que l'orifice en soit obstrué; si ce sont les fesses, l'eau s'écoule entre les cuisses et même derrière le sacrum du fœtus. Ce n'est, pour l'un et l'autre cas, que lorsque quelques contractions utérines ont fait descendre les fesses et les ont pressées fortement en bas; ce n'est, dis-je, qu'alors que l'orifice est complètement bouché et que l'écoulement s'arrête.

5°. De cet écoulement subit et du volume un peu considérable de l'extrémité pelvienne du fœtus, dépendent deux autres phénomènes assez con-

stans : l'un est l'élévation des parties avant la rupture des membranes ou au moment de cette rupture, et la difficulté avec laquelle elles s'engagent (Stein) ; l'autre est la suspension des douleurs ou leur affaiblissement après la même rupture (Roederer). C'est une véritable inertie de l'utérus trop promptement désempli ; inertie peu durable, à la vérité, et qui ne suffit point pour justifier le pronostic défavorable porté par beaucoup d'auteurs sur les accouchemens de cette nature.

6°. Enfin, un dernier signe, que Portal a le premier apprécié à sa juste valeur (p. 180), c'est l'écoulement du méconium. Portal reprochait avec raison à Viardel d'avoir regardé cet écoulement comme un signe de mort ; il observait que cet écoulement n'avait lieu qu'après la rupture des membranes, et quand l'utérus comprimait toutes les parties de l'enfant, excepté l'orifice du rectum, placé vis-à-vis du sien. C'est la même idée que Dionis a rendue par une image triviale et grossière. Cependant il est bien certain aussi que les enfans extrêmement faibles ou morts dans l'utérus, laissent échapper le méconium, même alors qu'ils présentent la tête à l'orifice utérin ; ce signe, par conséquent, ne peut être donné comme exclusif, et seul il ne peut faire naître que des probabilités. Antoine Petit a bien proposé un moyen de distinguer ces deux circonstances : le méconium d'un enfant mort est fétide, nous dit-il ; celui d'un en-

fant vivant, qui ne s'écoule que par l'effet de l'attitude du fœtus et de ses rapports avec la matrice, ne porte avec lui aucune odeur. Malheureusement l'odeur est nulle également pour le méconium d'un enfant faible ou tout récemment mort, quoiqu'il présente toute autre partie que l'extrémité pelvienne: nous n'avons donc là encore que les fondemens d'une probabilité. C'est à-peu-près au même point que nous conduira une dernière remarque: savoir que, *d'ordinaire*, le méconium est moins délayé, moins mélangé, plus consistant, plus lié, quand les fesses sont au-dessus de l'orifice utérin, que quand elles en sont éloignées.

B. Passons maintenant aux signes fournis par chacun de nos trois genres.

a. C'est une chose bien importante que de savoir distinguer et reconnaître la présence des fesses, et c'est fort souvent encore une chose indispensable pour la pratique que de savoir quelle en est la position. Ces conditions sont absolument nécessaires quand le travail, ralenti, exige une détermination active de la part de l'accoucheur: il faut qu'il sache s'il a affaire à la tête ou aux fesses pour choisir entre la version ou le forceps; il faut qu'il sache aussi de quel côté il doit porter la main pour trouver aisément les pieds (1).

---

(1) J'ai vu une élève, peu instruite à la vérité, tomber dans une singulière erreur, erreur qui pourrait devenir très-dangereuse dans la pratique, ainsi qu'on le compren-

Heureusement, lorsque les fesses ne sont point à une hauteur considérable, il est assez facile de les reconnaître sans équivoque et d'en déterminer la position : deux parties mollasses, séparées par un sillon dont une extrémité offre la pointe résistante du coccyx, et l'autre les parties génitales, dont le milieu offre une ouverture arrondie, petite, serrée, en un mot, l'anus; en voilà assez pour caractériser les fesses dès que les membranes sont rompues (1). Mais avant cette rupture, le doigt ne peut pénétrer dans l'anus ni souvent même le sentir; le sillon est aussi fort difficile à distinguer, parce qu'on ne peut sentir que la circonférence de la partie présentée, le centre étant couvert et éloigné du doigt par la poche membraneuse. Eh bien! il suffit souvent de cette circonférence pour permettre de porter un diagnostic presque sûr. La partie est volumineuse, elle est presque partout mollasse; un seul point est

---

dra sans peine. L'orifice encore peu ouvert lui parut être l'anus, et le col de l'utérus, rendu convexe par l'eau de l'amnios pressée fortement par une contraction utérine, fut pris par elle pour l'extrémité pelvienne du fœtus. Il suffit d'avoir connaissance de ce fait pour éviter à jamais une pareille faute : point de portions osseuses, point de sillon ni de parties génitales, et enfin un orifice fort différent de celui de l'anus, qui jamais n'a de rebords épais et saillans, et se trouve au contraire toujours enfoncé dans une dépression.

(1) *Voyez* d'ailleurs l'article *Diagnostic des positions de la face*, troisième Mémoire.

résistant (sacrum), et le point opposé ne laisse rien sentir (intervalle des cuisses). Ce sont là les signes qui annoncent la présence des fesses, et le lieu où est situé le sacrum du fœtus suffit pour faire déterminer l'espèce de position qui a lieu. Est-il à gauche? c'est la première position. Est-il à droite? c'est la deuxième, etc., etc. Ordinairement quand le sacrum est accessible au doigt, on peut également sentir le coccyx, en circonscrire la pointe anguleuse, et c'est là un des jalons les plus sûrs dont je me sers pour déterminer la position, pour m'assurer si elle est franche ou diagonale. Ajoutez à cela la présence d'un pied ou d'une jambe fléchie dans quelques circonstances, et vous aurez encore des données plus positives. Lorsque les fesses sont fortement descendues, on peut alors reconnaître aisément les parties génitales du fœtus, on sent le pli de l'aine situé en devant; on sent quelquefois même la crête iliaque, et toujours les deux cuisses. En pareil cas, quoique souvent on puisse prononcer sans crainte d'erreur, il faut bien se garder néanmoins d'annoncer d'avance le sexe de l'enfant, surtout si les parens y attachent une grande importance : on s'exposerait à la déconvenue d'un accoucheur célèbre qui, après avoir annoncé un prince, ne reçut qu'une princesse; et quand même on devinerait juste, si par malheur l'enfant naissait sans vie on doublerait les regrets des parens en les comblant ainsi prématurément de joie et d'espérance. Mauriceau conseille, en pareil cas,

d'annoncer plutôt aux parens le contraire de ce qu'ils désirent; car, dit-il, si vous vous trompez, la joie leur fera oublier votre pronostic, et votre réputation sera en sûreté si vous rencontrez juste, malgré le chagrin que les parens en pourront ressentir. Le mieux, à mon avis, est de ne rien hasarder, et de répondre toujours d'une manière évasive aux sollicitations dont on est souvent accablé.

A mesure aussi que les fesses s'engagent, leur sillon devient plus apparent, plus profond (Asdrubali); la position devient par conséquent plus facile à déterminer; en même temps aussi le méconium s'écoule en plus grande abondance.

Lorsque les fesses sont inclinées et que la hanche se présente, le diagnostic est un peu plus difficile. La hanche, suivant Delamotte (obs. 297 et 298), est la partie qui ressemble le plus à la tête, surtout quand elle n'est pas très-basse. J'avertis encore une fois qu'il ne faut pas regarder comme positions inclinées toutes celles dans lesquelles on touche plus facilement une fesse que l'autre; c'est une disposition naturelle aux 1re et 2e positions les plus directes lorsque la partie est encore élevée, et qui tient à ce que l'explorateur porte son doigt dans l'axe du détroit inférieur, tandis que les fesses offrent un plan parallèle alors au plan du détroit supérieur, ce qui fait que la fesse et la hanche ournées vers les pubis, sont bien plus rapprochées

de la vulve et du détroit inférieur (1). On reconnaîtra que la hanche se présente réellement, à la situation centrale de la saillie trokantérienne, à la proximité de la crête iliaque (AMAND, pag. 342) et du pli de l'aîne, et au voisinage de la partie externe de la cuisse (PORTAL, obs. 35 et 52), et de la partie latérale de l'abdomen.

b. Les pieds portent, dans leur conformation, des caractères assez peu équivoques; il est vrai que leur mobilité rend la position réelle de l'extrémité pelvienne du fœtus assez difficile à déterminer quand on ne peut atteindre aux fesses; mais heureusement quand les pieds s'avancent on n'a pas besoin de cette connaissance, et on l'acquiert aisément quand ils sont parvenus au dehors, et que les hanches sont engagées ou sur le point de l'être.

Mais lorsque les pieds sont encore fort élevés dans le bassin, lorsque les membranes ne sont pas rompues, il est alors souvent difficile de les reconnaître, et bien plus difficile encore de distinguer leur position, ou plutôt celle de l'extrémité pelvienne du tronc.

Première difficulté. Les pieds peuvent être confondus avec les membres supérieurs, et les fesses, qu'on sent quelquefois au-dessus d'eux, pourraient fort bien être prises pour le thorax, et faire croire

(1) En devant il n'y a, entre les deux détroits, que la hauteur des pubis; en arrière il y a toute celle du sacrum et du coccyx.

à la présence de l'épaule. Cette erreur est moins facile à commettre quand on peut sentir les orteils; la régularité de la rangée qu'ils forment, leur brièveté, la partie fixe et large qui leur sert de soutien, les caractérisent assez, et les font distinguer des doigts, qui, toujours fléchis vers la paume de la main, sont rarement rangés avec régularité, dont le pouce est d'ailleurs toujours séparé, qui offrent une longueur plus considérable, et enfin sont soutenus par une partie petite et mobile; mais il n'est pas rare qu'on ne puisse pas atteindre aussi loin; on sait que les pieds sont toujours fléchis et appliqués sur les jambes, ou du moins fort rapprochés de leur partie antérieure: le talon en est donc la partie la plus basse et souvent la seule accessible. Rien de plus facile alors que de prendre le talon pour le coude et réciproquement. Le toucher ne nous donne, à lui seul, que des idées bien vagues sur la grandeur des parties soustraites à nos regards; et d'ailleurs le talon d'un enfant peu volumineux n'offre pas autant de surface que le coude d'un enfant plus développé. Quant à la forme, elle présente beaucoup d'analogie, et j'en parle d'après l'épreuve que j'en ai faite, et d'après les incertitudes passagères dans lesquelles elle m'a quelquefois arrêtée. La saillie du calcanéum ressemble assez à l'olécrâne, et les malléoles aux tubérosités de l'humérus : il serait donc fort difficile de prononcer, dans la pluralité des cas, si l'on n'avait d'autres bases que celles-là; mais on peut

presque toujours glisser le doigt le long des membres qui font suite à l'articulation équivoque, et alors les doutes cessent en peu d'instans. La plante du pied, que l'on rencontre en s'éloignant de la saillie calcanienne, offre une surface plate et large, dont l'étendue augmente à mesure qu'on s'éloigne de la saillie susdite, tandis que l'avant-bras ne présente qu'une surface étroite, arrondie ou anguleuse, et dont l'étendue diminue de plus en plus. Si l'on peut porter plus loin ses recherches, on arrive bientôt aux orteils; tandis que l'avant-bras conduit à une nouvelle articulation qui porte un membre peu volumineux, mobile, et que l'habitude fait aisément reconnaître pour le poignet; si on atteint jusqu'aux doigts, il ne reste plus la moindre équivoque.

Deuxième difficulté. Lors même que les pieds sont bien reconnus, si les fesses ne sont pas assez basses pour que le coccyx, l'anus et le sillon puissent être sentis, il est rarement facile de décider de quelle manière est placé le fœtus. La mobilité des membres inférieurs, dont j'ai déjà tant parlé, est la cause de cette incertitude. Quelquefois le pied se présente avec un genou, avec une cuisse (Smellie, tome III, page 115), et les parties sont tellement croisées et comme mêlées qu'on ne peut en tirer aucune induction. D'autres fois un seul pied se présente, et, suivant Levret, cette disposition indiquerait toujours une position antéro-postérieure du grand diamètre de l'extrémité pelvienne : c'est

un fait qui n'est rien moins que démontré. Tout ce qu'on peut dire, c'est que, quand un seul pied se présente, il est ordinairement libre; il doit, par conséquent, prendre une direction naturelle, et telle que les orteils répondent à-peu-près à la partie antérieure du fœtus. « Lorsque l'enfant ne présente qu'un pied, dit Mauriceau (Aphor. 234), il faut bien considérer si c'est le droit ou si c'est le gauche, et de quelle figure il se présente; car les réflexions feront facilement connaître de quel côté est l'autre pied, afin de l'aller chercher avant de tirer l'enfant. »

De pareilles conclusions seront bien plus faciles et bien plus sûres encore quand on trouvera les deux pieds parallèles, et les deux talons du même côté; il est certain alors que les pieds ont leur direction naturelle, et que le dos de l'enfant est au-dessus du lieu où l'accoucheur rencontre les deux calcanéum, sans que pour cela il doive s'arrêter à l'opinion de Levret, que, lorsque les deux pieds se présentent, l'enfant a ordinairement le dos vers la partie postérieure de l'utérus. Mais quel parti tirera-t-on des conseils de Mauriceau ou des remarques de Levret quand les pieds sont croisés de telle façon que le talon de l'un soit voisin des orteils de l'autre, et réciproquement? C'est cependant une disposition très-ordinaire, et qu'on rencontre au moins une fois sur trois. Cette circonstance, qui paraît très-embarrassante au premier coup-d'œil, l'est aussi peu que la précédente, si

l'on peut déterminer à quel côté (droit ou gauche) du fœtus appartient un des deux pieds qui se présentent ainsi. Dès que vous aurez pu vous assurer que c'est le pied droit, par exemple, dont les orteils sont tournés vers les pubis de la mère, vous en concluerez avec certitude que le fœtus est situé comme dans la première position, c'est-à-dire, le dos à gauche. Il suffit, pour en être convaincu, de se rappeler l'attitude naturelle du fœtus dans la matrice : non-seulement les pieds sont relevés vers les jambes, mais encore ils sont inclinés l'un vers l'autre; leurs surfaces plantaires se regardent, et pour peu que cette disposition soit outrée, les pieds se croisent de la manière que j'exposais tout-à-l'heure. Jamais les pieds ne se croisent en sens opposé; jamais les orteils ne regardent en dehors; toujours ils sont tournés en dedans, c'est une chose incontestable, et j'avais donc raison de dire qu'il suffisait de bien connaître un des pieds ainsi croisés pour déterminer la position du fœtus : or, les caractères distinctifs de chaque pied sont ordinairement faciles à saisir : ce sont l'étroitesse et la saillie anguleuse du bord externe, l'épaisseur et la concavité du bord interne, et, par-dessus tout, le volume considérable du gros orteil.

c. Les genoux, lorsqu'ils se présentent tous deux, et qu'ils sont peu élevés dans le bassin, sont très-faciles à reconnaître. Ce n'est guère que quand une poche membraneuse fortement tendue les

écarte du doigt qu'on peut croire à la présence de la tête, ainsi que cela est arrivé à Delamotte (obs. 299). Ce n'est que quand ils sont encore peu descendus qu'on peut rester en suspens ou les confondre avec les talons (Asdrubali, tom. III, p. 86). Leur dureté, leur rondeur, leur volume, la grosseur des membres qui leur font suite, et leur peu de mobilité, enfin le pli du jarret offrant une concavité et non une convexité transversale, comme le pli du coude-pied, en voilà assez pour éclairer le diagnostic, même lorsque la rotule est rendue immobile par une flexion considérable qui détermine une violente tension dans les parties molles situées sur la convexité de l'articulation.

Un seul genou pourrait être pris pour le moignon d'une épaule ou un coude; je dis un seul, car la présence de tous deux excluerait nécessairement l'idée de coude ou d'épaule, puisque ces parties ne peuvent se présenter qu'isolément (1). A part cette disposition, il est bien difficile encore de prendre un genou pour une épaule. Pour se tromper d'une manière aussi grossière, il faudrait être dépourvu de tout esprit d'induction, ou se contenter d'un examen superficiel et fait à la lé-

(1) Les cas dans lesquels certains accoucheurs ont cru rencontrer les deux coudes à l'orifice sont certainement des faits erronés, puisque nous avons vu ailleurs que ni le dos ni le thorax ne pouvaient se présenter à l'orifice : or, les deux coudes ne pourraient s'avancer ensemble sans cette condition.

gère. Le voisinage du thorax ne ressemble point du tout à celui de la cuisse; et celui de la totalité du membre supérieur ne ressemble guère plus à celui de la jambe. Quant au coude, la pointe saillante de l'olécrâne et les deux tubérosités de l'humérus sont des caractères que ne présente point le genou, qui, d'ailleurs, en est encore distingué par son volume.

ARTICLE VI.

Pronostic.

Dès la plus haute antiquité on avait prononcé une sorte d'anathème sur les positions de l'extrémité pelvienne du fœtus; soit superstition (1) simple, soit crainte de quelques dangers réels, les anciens redoutaient ces sortes de positions, et c'est même en grande partie par cette raison qu'Hippocrate avait posé en principe la nécessité d'amener constamment la tête au passage. Un grand nombre d'auteurs plus rapprochés de nos temps, un grand nombre même de modernes, ont gardé une prévention presqu'aussi forte contre cette si-

(1) Les Arabes ont adopté cette superstition, et Avicenne répète les exemples déjà cités de Néron et d'Agrippa, nés de cette manière. Agrippa, moins connu que Néron, avait mené une vie souffrante, et n'avait jamais joui d'une bonne santé. J'ai lu quelque part que Richard, roi d'Angleterre, était né par les pieds; et l'auteur de cette véridique histoire attribuait, comme de raison, à cette particularité son ambition et sa tyrannie.

tuation du fœtus. Parmi ces auteurs, les uns se sont appuyés sur de simples raisonnemens fondés, soit sur une prétendue disproportion entre les parties présentées et les ouvertures du bassin, soit sur l'impossibilité où était le fœtus de s'aider, comme de coutume, de ses membres inférieurs pour s'élancer vers le bassin et s'ouvrir lui-même le passage; soit enfin sur le danger d'un refoulement du sang vers la tête du fœtus (1).

D'autres accoucheurs ont apporté en preuve les fruits de leur expérience : ce nombre est de beaucoup le moins considérable, et les recueils d'observations, auxquels nous devons ajouter plus de foi qu'à toute autre espèce d'ouvrage, ne font presque aucune mention des accidens graves qu'on a reprochés à l'accouchement spontané par les fesses. (*Voyez* MAURICEAU, PORTAL, VIARDEL, DE-

(1) Osiander attribue ce refoulement à l'air froid qui frappe le corps lorsque la tête est encore contenue dans un lieu chaud. (SCHWEIGHAEUSER, *Arch. de l'Art. des Ac.*, t. II, pag. 20.) La crainte de ce refoulement est très-judicieuse; mais il est ridicule d'en avancer un semblable motif; la pression successive qu'éprouvent de bas en haut les parties du fœtus qui traversent les passages avant que la tête y parvienne, explique bien mieux la congestion du sang vers cette partie. On ne peut guère attribuer à une autre cause la fréquence des accidens qui frappent les enfans ainsi nés. La compression du crâne est en effet ordinairement beaucoup moindre ici que dans les accouchemens par la tête, comme le prouvent la forme arrondie de cette partie après les premiers, et sa forme allongée après les seconds.

AMOTTE, SMELLIE, etc. (1)) Dès les premiers temps ussi, il s'est trouvé des écrivains qui nous ont ansmis une opinion contraire. Celse (2), Mos- ion (3), Paul d'Égine (4), Ambroise Paré (5) et s successeurs immédiats Guillemeau et Charles e Saint-Germain, conviennent que de sembla- les accouchemens offrent, à la vérité, quelques dif- cultés, mais que cependant la nature en peut enir à bout, et que l'art n'y trouve d'ordinaire ucun obstacle invincible. Rhodion assure que cet ccouchement n'a rien de plus dangereux que ut autre (6), et Dionis va plus loin encore and il affirme que l'accouchement est plus fa- le par les pieds que par la tête (pag. 254).

Le pronostic ne peut être, au reste, absolu- ent le même dans toutes les présentations de extrémité pelvienne, dans les différens genres, s espèces et les variétés différentes. Il n'est pas on plus le même, à beaucoup près, relativement fœtus et relativement à la mère.

En jetant un coup-d'œil sur la table énumé- e des positions annexées à ce volume, on verra

(1) Je n'en trouve d'exemple bien constaté que dans bs. 594 de Mauriceau. Il n'en est fait aucune mention ns ses obs. 349, 368, 402 et 653.

(2) Lib. VII, cap. XXIX.

(3) *Harmonia Gynæc.*, cap. XII, pag. 11.

(4) Lib. II, cap. XVI.

(5) Liv. XXIV, chap. XV.

(6) *De Partu hom.*, pag. 36.

que 804 présentations de l'extrémité pelvienne ont amené 102 enfans faibles, 16 enfans difformes ou abortifs, 115 enfans morts, et 581 bien portans. La proportion des morts au total est de $\frac{1}{7}$, un sur sept environ; tandis que, sur 20,698 positions du vertex, il ne se trouve que 668 morts nés, ce qui équivaut à $\frac{1}{30}$, un sur trente environ.

On ne peut donc se dissimuler que les positions de l'extrémité pelvienne ne soient très-fâcheuses pour le fœtus. Tout ce que nous disons ici de contradictoire au sentiment général doit être considéré seulement par rapport à la mère. Quant au pronostic particulier de chacun des trois genres, il offre des irrégularités qu'on ne peut guère rattacher à la nature même des positions : en effet, il semble, au premier abord, que celles des fesses doivent être les plus fâcheuses : cependant le nombre des morts est d'environ 1 sur 8 et $\frac{1}{2} = \frac{1}{8}\frac{1}{2}$; pour les positions des pieds, la proportion est de 1 sur $6\frac{1}{2}, = \frac{1}{6}\frac{1}{2}$; et enfin pour les genoux elle est de 1 sur $4\frac{1}{2} = \frac{1}{4}\frac{1}{2}$.

Les fesses, lorsqu'elles se présentent seules, et que les membres inférieurs sont relevés, offrent nécessairement plus de volume que toute autre partie du corps, et c'est là le reproche le plus spécieux qu'on ait pu faire à leurs positions. Valle, cité par Asdrubali (tom. III, pag. 89), dit s'être assuré que presque toutes les femmes qui mettent au monde des enfans ainsi présentés avaient le col de l'utérus déchiré d'un côté, ou

en conservaient un prolapsus de cet organe. ne disconviens pas du volume des fesses; j'aoue même qu'elles s'engagent un peu plus diffilement que la tête; mais je ferai remarquer que ur mollesse est telle, qu'une fois engagées elles conforment bien plus aisément aux passages, qu'elles ne distendent guère plus les parties olles que ne le ferait la tête quand elle se préente la première. Asdrubali rapporte une autre ifficulté : c'est, dit-il, que souvent les jambes se roisent devant les fesses, et au lieu de se relever ers l'abdomen, s'engagent avec elles dans les déoits du bassin (*loc. cit.*, pag. 97). Cette circonance rendrait effectivement l'accouchement naurel assez difficile; mais je ne l'ai presque jamais encontrée, et je n'ai pas observé davantage ces randes lésions dont je parlais tout-à-l'heure (1).

(1) On en a signalé une autre qui est tout-à-fait relative l'enfant, et même seulement à l'enfant mâle : c'est la léon des parties génitales. Il est certain que ces parties se uméfient et s'ecchymosent de manière à offrir quelquefois n volume considérable. Denman dit avoir vu *la peau* du rotum et du prépuce tomber en gangrène : c'est là un ccident fort rare et néanmoins peu fâcheux. Ces énormes onflemens, ces profondes ecchymoses dont j'ai parlé nt toujours disparu en peu de jours par l'emploi de uelques résolutifs. Cependant, la dissection de quelues enfans morts au moment de leur naissance nous avait ppris que l'infiltration du sang pénétrait en pareil cas jusu'au tissu même des testicules. Ce danger est bien peu e chose au prix du danger de la vie. Mon but, en in-

En conséquence, je n'hésite pas à prononcer que les accouchemens par les fesses ne sont pas, en eux-mêmes, aussi fâcheux qu'on l'a cru, et que dans la grande majorité des cas, les seuls efforts de la nature suffisent à l'expulsion du fœtus (1).

L'accouchement par les pieds n'offre pas les mêmes apparences fâcheuses relativement au volume: aussi a-t-il été moins décrié; mais il a peut-être moins encore que celui dans lequel les fesses se présentent, été abandonné aux seuls efforts de la nature, à cause de la facilité d'agir qu'il offrait à l'accoucheur. En effet, on a bien de la peine à se défendre du désir de terminer promptement un accouchement qui offre tant de prise à l'art, et il

---

sistant sur le peu de danger qui résulte de ces sortes d'accouchemens pour la mère, est d'écarter l'idée de l'emploi des moyens violens; ces moyens ne sauveraient pas l'enfant; c'est la manière dont il naît qui lui est funeste, et plus on voudra se presser, plus on l'exposera; plus tôt on voudra terminer l'accouchement, moins l'orifice utérin sera ouvert, plus il comprimera les parties qui le traverseront, moins l'utérus se contractera, et moins il poussera le fœtus; de sorte que les tractions extérieures devront être de toute nécessité plus violentes, etc.

(1) Les fesses peuvent sortir spontanément, quoiqu'avec un peu plus de peine. (Portal, obs. 49.) La présentation des fesses n'est pas très-fâcheuse, et l'accouchement est alors souvent spontané. (Deleurye.) On ne peut guère douter que l'extraction par les pieds ne fasse plus souffrir que l'expulsion spontanée. (Denman.) Delamotte s'est fort souvent contenté de tirer sur les aînes.

e faut rien moins que toute la conviction de expérience pour empêcher un accoucheur instruit e rien faire avant que la nature ait donné à l'orice et à l'utérus même des dispositions convenables our prévenir les suites fâcheuses d'un travail trop ccéléré. D'après cette disposition, l'accouchement ar les pieds ne deviendra fâcheux et n'aura des uites funestes pour la mère qu'entre les mains 'un homme systématique (1) ou d'un novice. Ce era, en d'autres mains, l'accouchement le plus mple et le plus heureux.

Remarquons pourtant que s'il était tout-à-fait bandonné à la nature, l'accouchement pourrait lors être un peu plus lent et plus pénible, tant arce que la forme des pieds les rend peu propres dilater mécaniquement le col de l'utérus si les embranes se rompent de bonne heure, que parce que, lors de cette rupture, les pieds ne remplissant pas l'orifice, permettent à l'eau de couler n totalité, laissant l'utérus dans l'inertie qui suit 'ordinaire une déplétion subite, et le forçant ensuite de terminer l'expulsion *à sec*.

La présentation des genoux n'est pas moins faorable, tant pour la facilité avec laquelle la maice se débarrasse alors du fœtus (2), que pour avantage avec lequel l'accoucheur peut le saisir . l'attirer au dehors, en ayant soin de se con-

(1) L'expérience est de nulle utilité pour les gens à système.
(2) Mauriceau, obs. 8 et 435.

former aux conditions que je recommandais pour les pieds, et d'agir avec les ménagemens convenables. On a craint que les jambes ou les cuisses ne se plaçassent en travers dans le bassin, ne s'arc-boutassent contre une de ses parois et ne s'opposassent ainsi à la progression du fœtus, lors même que les contractions utérines sont aidées par les efforts de l'accoucheur sur celui des deux membres qui avait pu se dégager. La mobilité de ces parties, l'humidité des surfaces et leur facilité à glisser les unes sur les autres, me font croire presqu'impossible que les membres inférieurs s'arc-boutent de cette manière; et si mon raisonnement n'est pas juste, du moins ma longue expérience, qui ne m'a encore offert aucun cas semblable, me permet de le regarder comme excessivement rare.

Des quatre espèces que nous avons reconnues à chacun des trois genres, la troisième et la quatrième sont les plus défavorables, comme aussi les plus rares : en effet, pour que le grand diamètre de l'extrémité pelvienne devienne alors parallèle au diamètre coccy-pubien ou à un diamètre oblique du détroit inférieur, il faut une rotation bien plus considérable que dans les deux premières positions, ainsi que dans les diagonales qui s'en rapprochent. La quatrième position et les diagonales qui l'avoisinent pourraient, dans un accouchement abandonné aux seuls efforts de la nature, devenir fâcheuses sous un autre rapport : la face

pourrait rester en devant, et la tête se présenter ainsi défavorablement aux ouvertures du bassin. En effet, tous les auteurs s'accordent à regarder cette disposition de la tête comme très-dangereuse; tous proposent des moyens plus ou moins rationnels et dont nous nous occuperons plus bas, pour remédier à cette fâcheuse circonstance (1). Voyez entr'autres, sur ce sujet, Guillemeau (p. 192), les observations 12 et 56 de Mauriceau, et la 58e de Portal. C'est pour cette raison que Deventer affirme que l'accouchement est plus dangereux si le fœtus a le dos tourné d'un ou d'autre côté, ou vers la partie postérieure de la mère; il veut alors qu'on se hâte, autant que possible, de tourner en arrière la face antérieure du tronc.

Tout ce que je pourrais dire ici des variétés diagonales rentrerait complètement dans les détails que je viens de donner relativement aux positions cardinales. Quant aux autres variétés, il en est qui n'offrent rien de bien remarquable; il en est au contraire qui ont la plus grande influence sur le pronostic et sur les déterminations auxquelles doit s'arrêter l'accoucheur. Peu importe en effet que l'enfant présente à la fois un genou et un pied; peu importe encore, dans le plus grand nombre des cas et malgré les craintes de

(1) Elle rend presqu'impossible la terminaison spontanée de l'accouchement; mais il n'est pas bien difficile de la corriger. (*Voyez* tom. 1er, pag. 96.)

quelques accoucheurs, qu'il ne présente qu'un pied ou qu'un genou. Il n'en est pas ainsi d'une seule fesse ou d'une hanche, de la partie latérale d'une cuisse ou d'une position qui rapproche trop de l'orifice les lombes ou l'hypogastre; en un mot, d'une position telle que la totalité du fœtus soit fortement inclinée, et que l'extrémité pelvienne n'offre point du tout un plan parallèle à celui du détroit supérieur. Quand une seule fesse se présente, l'autre, suivant la remarque de madame Leboursier-Ducoudrai, appuie sur les os du bassin, et ne peut descendre, à moins qu'on n'en change la direction. Telle est aussi l'opinion de Peu (pag. 421), d'Amand (pag. 109), et de tous ceux qui ont désigné ces positions sous le nom de *positions de la hanche*, comme l'a fait aussi Baudelocque. Cependant il ne faut pas confondre, sous ce rapport, les positions dans lesquelles le fœtus est incliné latéralement, et celles dans lesquelles il penche en avant: celles-ci n'offrent, en quelque sorte, qu'une exagération de la direction naturelle, de l'obliquité nécessairement exigée par l'inclinaison de l'axe du détroit supérieur; celle-ci, dis-je, est susceptible de se rectifier spontanément par les seuls efforts des muscles abdominaux, et par une sorte d'érection de l'utérus au moment où il se contracte; ou du moins il est bien facile de remédier à cette disposition défavorable en faisant coucher la femme sur le dos.

ARTICLE VII.

Indications et Procédés opératoires.

En suivant la marche que nous avons adoptée jusqu'ici, nous distinguerons trois indications principales : laisser agir la nature, l'aider, et changer ses dispositions. Ce sont là trois objets qu'il nous faut successivement examiner :

1°. *Laisser agir la nature.* Nous avons prouvé, dans le cours de ce Mémoire, que toutes les espèces, et même la plupart des variétés des positions qui nous occupent, n'apportaient point, à la terminaison spontanée de l'accouchement, des difficultés réelles. Nous avons vu que chaque genre, que chaque espèce a un mécanisme bien régulier, que les variétés diagonales ne sont pas plus fâcheuses que les positions cardinales, et qu'enfin plusieurs positions inclinées sont susceptibles de rectifications spontanées. Cependant nous avons remarqué aussi que le mécanisme était ralenti par la mollesse et le volume de l'extrémité pelvienne, par l'expulsion prématurée de l'eau de l'amnios, que même quelques positions offraient des difficultés considérables relativement à l'expulsion de la tête. Nous avons remarqué que l'extrémité pelvienne offrait toujours une prise facile aux doigts ou aux instruments de l'accoucheur, et nous en avons conclu qu'on pouvait dans tous les cas *aider* à l'accouchement, épargner ainsi des souffrances à la mère, et

assurer la vie de l'enfant. En conséquence nous déclarons fort rares les cas où la nature reste *absolument* seule chargée de la terminaison de l'accouchement. On pourra s'étonner, après cette décision, que nous ayons compté, dans nos tables énumératives, une si grande quantité d'accouchemens spontanés; mais il faut savoir que nous n'avons regardé comme artificiels que tous ceux dans lesquels il a fallu employer des moyens énergiques: par exemple, employer le crochet mousse ou aller chercher les pieds quand les fesses se présentaient, aller prendre *au détroit supérieur* les pieds ou les genoux quand ils tardaient trop à descendre (1).

2°. *Aider dans le sens des efforts de la nature.* C'est, je le répète, une indication presque générale; mais on peut distinguer les cas dans lesquels on favorise seulement la tendance naturelle, dans lesquels *la nature en fait plus que l'art;* et ceux dans lesquels on lui aide avec énergie, dans lesquels *l'art en fait plus que la nature.* Aider dans le sens des efforts de la nature, c'est aider sans changer ses dispositions, c'est tirer les fesses sans déployer les cuisses, les genoux sans déployer les jambes. En suivant cette méthode il est, néanmoins, des préceptes généraux à suivre; il est des préceptes applicables à tous les genres; il en est qui leur sont particuliers; d'autres enfin qui ne s'appli-

(1) Sur huit cent quatre accouchemens, quatorze seulement ont été terminés de cette manière.

quent qu'aux espèces et même aux variétés. Occupons-nous d'abord des premiers.

Dans toute position de l'extrémité pelvienne où l'on veut aider la nature, il faut se bien rappeler le mécanisme de l'expulsion naturelle pour le suivre ou l'imiter dans tous ses mouvemens ; il faut ne jamais perdre de vue la direction croisée des axes du détroit abdominal et du détroit périnéal, la direction moyenne de l'axe moyen de l'excavation. Il faut donc toujours diriger ses efforts en bas et en arrière (eu égard à la femme) pour faire traverser au fœtus le détroit supérieur, directement en bas pour lui faire parcourir l'excavation pelvienne, en bas et en avant pour lui faire franchir le détroit inférieur. Il faut par conséquent agir successivement *sur le membre qui est en avant* lorsque les hanches n'ont pas encore franchi le détroit supérieur, *sur les deux membres à la fois* quand il descend dans l'excavation, *sur le membre qui est en arrière* quand il ne reste plus aux hanches que le détroit inférieur à franchir. Ce précepte, je l'ai déjà énoncé, moins clairement peut-être, dans le premier volume; on en va rencontrer des applications continuelles dans ce qui nous reste à dire. J'ajouterai encore ici quelques considérations déjà énoncées, mais sur lesquelles il est bon de revenir, vu leur importance. L'accoucheur ne doit se déterminer à agir qu'autant que la nature a convenablement disposé les passages, suffisamment dilaté l'orifice, humecté le vagin et irrité l'u-

térus par des contractions préliminaires; il doit se garder de céder à l'impatience naturelle qu'on éprouve souvent en pareil cas, et résister à la tentation d'agir qu'excite naturellement la facilité apparente offerte par la disposition des parties du fœtus. Il doit agir avec ménagement et lenteur, recevoir et diriger le fœtus *expulsé* par l'utérus, plutôt que *l'extraire*. De cette manière il favorise la réduction graduelle de l'utérus et prévient l'inertie; il obtient de cet organe la flexion et l'expulsion des bras en même temps que celle du tronc; enfin il en obtient aussi la flexion de la tête, l'abaissement du menton et l'engagement des petits diamètres de cette partie; il se met à l'abri de plusieurs accidens fâcheux, comme le croisement des bras et l'enclavement de la tête, c'est-à-dire, l'opposition de ses grands diamètres aux plus petits diamètres du détroit supérieur.

Premier genre. Dans une note annexée à l'article du pronostic, nous avons fait voir, d'après nos relevés de la pratique de l'hospice de la Maternité, que les positions des fesses avaient paru moins souvent funestes aux enfans que celles des pieds (comme $\frac{1}{8}$ est à $\frac{1}{6}$ à-peu-près); et cependant, sur les 492 enfans qui ont présenté les fesses, huit seulement ont été tirés par les pieds; un seul a été tiré par le crochet mousse. Il est facile de conclure de cette remarque qu'il est avantageux pour l'enfant, dans le plus grand nombre des cas, que l'accoucheur se contente d'aider la nature,

sans changer la position en celle des pieds. Cette opinion est confirmée par les remarques de Delamotte, qui assure avoir terminé un grand nombre d'accouchemens de cette sorte, en portant seulement le doigt sur le pli des aînes; elle est confirmée par les propres paroles de Denman (t. II, pag. 267). « Dans le cas où le siége ou les extrémités inférieures se présentent, c'est aujourd'hui une règle générale, chez les praticiens les plus habiles, d'attendre son expulsion des douleurs. » Il est plusieurs moyens d'aider ainsi la nature, les doigts et le crochet mousse : peut-être faut-il y joindre le lacs.

On a voulu aussi employer en pareille circonstance le forceps, et l'appliquer sur les hanches : Levret (*Art des Acc.*, p. 114) a le premier donné ce précepte renouvelé par Plenk et par quelques modernes. Ce précepte a trouvé heureusement peu de fauteurs : on a senti que les cartilages d'ossification des os du bassin n'offraient pas une tenacité comparable aux membranes fibro-cartilagineuses du crâne; on a senti qu'en appliquant le forceps trop haut on contondait l'abdomen et ses viscères; qu'en l'appliquant trop bas il ne pouvait avoir une prise suffisante : aussi personne ne s'aviserait aujourd'hui de tenter une semblable opération.

« Le plus beau et le plus utile de tous les instrumens, c'est celui que la nature nous a donné, c'est-à-dire, la main. » (VIARDEL, pag. 223.) Aussi ne faut-il lui substituer les moyens auxiliaires que

dans le cas d'absolue nécessité : aussi le crochet mousse ne sera-t-il employé que dans le cas où les doigts ne pourront atteindre au lieu désirable, ou quand leur force sera insuffisante pour obtenir des résultats satisfaisans (1). Le crochet mousse est difficile à introduire ; la largeur qui lui est nécessaire le rend difficile à placer et surtout à diriger. S'il est mal appliqué, il peut contondre, déchirer même l'aîne, l'abdomen ou les parties génitales. Je n'hésite donc pas à conseiller l'emploi de deux doigts recourbés en crochet préférablement à tout autre instrument, si ce n'est dans le cas d'impossibilité absolue.

D'après les principes que j'établissais tout-à-l'heure, les doigts ou le crochet doivent être appliqués en premier lieu sur l'aîne qui est la plus voisine des pubis de la mère ; en second lieu ils devraient l'être sur toutes deux ; et en troisième lieu sur celle qui avoisine le sacrum de la mère. Ces différences m'ont toujours fait regarder comme un mauvais instrument le double crochet, espèce de petit forceps recommandé par plusieurs accoucheurs. Cet instrument, fort difficile à placer, entraîne nécessairement des dangers doubles de ceux du crochet simple ; et il ne devient vraiment utile que dans le deuxième temps, puisqu'un de

(1) Je crois avoir entendu dire à madame Lachapelle qu'elle n'avait fait que deux fois usage du crochet mousse pour l'extraction des fesses. (*Note de l'Éditeur.*)

es crochets est absolument sans effet dans le pre-
ıier et dans le troisième. Je suis persuadée, du
este, que plusieurs de ceux qui en recomman-
ent l'emploi ne l'ont jamais appliqué que sur le
ıannequin, qu'on dirige et qu'on manie avec une
ıute autre facilité qu'un fœtus renfermé dans la
ıatrice.

Il n'est pas toujours facile, à beaucoup près, de
lacer même un seul crochet ou de glisser les
oigts dans l'aîne située vers les pubis au détroit
ıpérieur. Asdrubali a proposé un procédé que je
'ai point essayé encore, mais dont les avantages
ont peut-être très-réels : ce procédé a du moins
our lui l'apparence de la facilité et de l'utilité. Il
onsiste à introduire les doigts ou le crochet entre
s deux cuisses, et à accrocher l'aîne par son côté
nterne (*Tavola* XVI, fig. 1). Dans le cas qui
ous occupe, la difficulté vient principalement de
nécessité où l'on est d'introduire les doigts dans
ne direction plus oblique encore (et par consé-
nent plus opposée à celle de l'axe du détroit in-
rieur) que l'axe du détroit supérieur, puisqu'il
ut parvenir à la partie la plus antérieure de ce
troit; elle vient encore de la difficulté d'agir
issamment avec une main renversée dans une
onation outrée, si l'on se sert des doigts : le
océdé d'Asdrubali rendrait donc l'application et
ction plus aisées; mais, je le répète, je n'en parle
int par expérience.

Le lacs a été proposé (SMELLIE, t. III, p. 88)

également pour la présentation des fesses, et l'un des plus célèbres accoucheurs modernes le recommande comme avantageux. (DENMAN, *loc. cit.*) Je ne me suis jamais vue dans la nécessité de recourir à ce moyen, dont l'application me paraît très-difficile : je ne vois pas en quoi il l'emporterait sur les doigts ou le crochet mousse, dont l'application sera aisée et sans dangers toutes les fois que les parties seront assez basses pour qu'on puisse sans peine passer un lacs dans le pli de l'aîne.

Deuxième genre. Les pieds n'offrent, par eux-mêmes, aucune modification bien tranchée des règles générales ci-dessus établies. Nous avons parlé ailleurs de l'application des lacs, de leur utilité et de leurs dangers. (*Voyez* 1er volume.)

Troisième genre. Les genoux n'offrent rien non plus de spécial, si ce n'est qu'on peut facilement appliquer, sur le jarret, les doigts pliés en crochet, ou même un lacs, puisque jamais le crochet mousse ne doit devenir nécessaire ; car, lorsqu'on croit devoir employer des efforts un peu violens, il est plus simple de déployer la jambe et d'agir sur elle après l'avoir enveloppée d'un linge.

Espèces 1re *et* 2e. Tout ce que nous avons dit jusqu'ici pour chaque genre est plus particulièrement applicable aux deux premières espèces, c'est-à-dire aux positions dans lesquelles une hanche est en devant et l'autre en arrière. C'est dans ces positions surtout qu'on doit tirer d'abord sur l'aîne ou sur le membre tourné vers les pubis, puis sur tous

eux, puis enfin sur la partie qui touche le sa-
rum. Je fais abstraction ici de la légère obliquité
ue prennent les hanches pour traverser diagona-
ment le détroit supérieur et l'excavation, et
u'elles perdent ensuite par une restitution rota-
ire : ce sont des mouvemens peu étendus, pres-
ue spontanés, que cependant il est bon de con-
aître et de favoriser.

La 3e *espèce*, et les diagonales qui s'en rappro-
nent, présentent quelques indications particuliè-
s. Ces indications sont relatives à la rotation que
oit nécessairement éprouver le grand diamètre
es hanches une fois descendues dans l'excavation;
mouvement doit être favorisé par une impul-
on horizontale ajoutée à l'effort de traction qu'on
erce sur les aînes; bien entendu que cet effort
oit, dans les positions diagonales, être dirigé de
anière à pousser en arrière la hanche qui en est
moins éloignée. Il est encore une autre parti-
larité : c'est que, les hanches s'engageant trans-
rsalement au détroit supérieur, il faut dès-lors,
uand ce sont les fesses qui se présentent, tirer sur
utes deux d'une manière égale : aussi est-ce
incipalement en considérant cette position comme
plus naturelle et la plus fréquente (quoiqu'elle
it excessivement rare) qu'on a été conduit à
oposer le double crochet mousse dont j'ai fait
ention plus haut, et qui peut-être effectivement
rait ici de quelqu'utilité. Mais quand on a af-
ire à une position des pieds ou des genoux, il

vaut mieux imprimer au tronc, dès les premiers momens, la rotation qu'il doit exécuter plus bas : c'est à quoi on parvient, ainsi que nous l'avons expliqué dans le premier volume, en tirant spécialement sur un seul membre et en dirigeant les tractions suivant l'axe du détroit supérieur. On a, de cette façon, le double avantage de faire descendre beaucoup le fœtus, puisqu'on tire dans l'axe du détroit supérieur suivant la règle établie ci-dessus, et de tourner une des hanches vers la partie postérieure du bassin. Peut-être même pourrait-on faire aux positions des fesses l'application de ce précepte; peut-être, en tirant principalement, et toujours dans l'axe du détroit supérieur, sur une seule des deux aînes, produirait-on également ce double avantage : c'est ce que je n'ai point encore essayé.

Dans les trois espèces qui précèdent, le dégagement ultérieur du tronc, celui des bras et de la tête, sont absolument les mêmes, puisque nous supposons toujours la troisième espèce se réduisant par rotation à l'une des deux premières ou bien à une variété diagonale très-peu distante. Je ne reviendrai pas sur la nécessité, aujourd'hui bien reconnue, de dégager les bras avant la tête; nécessité vainement contestée autrefois par Ambroise Paré, Guillemeau (p. 192), et depuis par Deventer (p. 269) et par Antoine Petit. Cette nécessité, dis-je, avait été singulièrement exaltée par les premiers accoucheurs : ainsi vous trouverez dans Rho-

lion (*de Partu hominis*), et encore dans Charles le Saint-Germain (*Eschole des sages-femmes*, p. 246.), qu'il faut bien prendre garde, dans l'extraction de l'enfant par les pieds, que les bras ne se relèvent sur les côtés de la tête; qu'il ne faut même entreprendre de terminer ainsi l'accouchement qu'autant qu'on acquiert la certitude que les mains du fœtus sont appuyées sur les cuisses, sans quoi il vaudrait mieux, d'après Hippocrate, aller chercher la tête et l'amener à l'orifice de l'utérus. Je n'aurais pas parlé de cette singulière opinion si un accoucheur moderne, qui jouit d'une grande célébrité, n'avait cherché à la remettre en valeur. Comme Rhodion, Osiander veut qu'on aille chercher les bras avant que le thorax soit sorti, et qu'on les empêche de se relever; il veut même qu'en portant la main dans l'utérus pour aller chercher les pieds, on profite de l'occasion pour appliquer un lacs aux poignets. (SCHWEIGHAEUSER, *Arch.*, etc., II, p. 27.) Nous observerons, relativement au premier objet, que dès que le thorax est près de se dégager, les bras sont déjà relevés s'ils doivent l'être, et s'ils n'ont pas été expulsés avec le tronc par les efforts de l'utérus. (Voyez *Mécanisme*.) Quant au deuxième, il faut avouer qu'Osiander est doué d'une grande liberté dans ses mouvemens. Il peut ainsi porter et appliquer un lacs sur un membre enfermé dans l'utérus. C'en est assez sur cet article, et je renvoie, pour plus de détails, au premier Mémoire. J'y renvoie également pour le

dégagement de la tête, et je ne donnerai ici que quelques considérations additionnelles.

On sait que la tête doit se fléchir, et que la face doit se présenter latéralement pour que l'introduction s'en fasse aisément dans le détroit supérieur; on sait qu'il est bon que la face regarde plus ou moins directement en arrière pour se dégager facilement du détroit inférieur. Quoique Stein ait prétendu qu'elle se dégageait plus aisément vers un des côtés de ce détroit (tom. II, p. 66), je ne saurais regarder cet événement que comme accidentel et ne devant point servir de règle dans la pratique. Mais laissons ces trois premières espèces: la quatrième nous fournira, sur le même point, plus ample matière à discuter.

Quatrième espèce. C'est effectivement par rapport au dégagement de la tête qu'elle mérite notre attention; tout le reste est entièrement analogue à ce que nous venons de dire des trois précédentes, et surtout de la troisième. Il en est absolument de même des variétés diagonales qui s'y rattachent. Presque tous les accoucheurs, reconnaissant les difficultés qu'éprouve la tête du fœtus à traverser le bassin lorsqu'elle s'y présente par la base et le front en avant (voyez *Pronostic*), ont cherché à se mettre à l'abri de ces difficultés en remédiant de bonne heure à cette disposition défavorable. Aussi presque tous ont-ils conseillé de tourner la partie antérieure du tronc vers le sacrum de la mère. Tous ont conseillé de commencer

opérer cette rotation dès que les hanches parais-
nt à la vulve (LEVRET, *Art. des Acc.*, GUILLEMEAU,
IELLIE, DEVENTER, etc.), soit avant, soit après le
gagement des jambes, soit même encore lorsque
tête reste seule engagée; ils veulent que l'on porte,
cet effet, la rotation un quart de cercle plus loin
u'il n'est nécessaire. Nous avons vu, dans le pre-
ier volume, que cette rotation, pour être véritable-
ent efficace, devait être tentée dès les premiers mo-
ens, et qu'on devait l'essayer même lorsque les
mbes seules sont dégagées : il s'agit pour cela d'in-
ter sur la manœuvre dont je parlais à l'occasion de
troisième espèce, et qui est destinée à favoriser la
tation : plus tard ces moyens seraient inutiles et
ême dangereux (1). Nous avons exposé un moyen
en simple de remédier à tous les inconvéniens :
est de faire descendre le tronc selon la tendance
turelle, et de ramener ensuite la face vers le sa-
um au moyen d'une main introduite dans l'ex-
vation du bassin. Quelques accoucheurs ont été
us loin encore, et ils regardent cette position
la tête comme beaucoup moins défavorable
u'on ne l'imagine. Ainsi Asdrubali (t. II, p. 70)
oit facile de faire sortir la face au-dessous des
ubis, en commençant par dégager l'occiput au-
vant du périnée au moyen d'une violente éléva-

(1) Asdrubali pense que la tête de l'enfant mort ne suit
int le mouvement de rotation imprimé au tronc, et que
lle d'un enfant vivant ne le suit pas toujours.

tion du tronc du fœtus. Il soutient qu'au détroit supérieur (*ibid.*, p. 74) la tête présente alors les mêmes diamètres que quand le front est en arrière, et qu'il suffit de donner à cette tête une direction diagonale pour lui permettre de s'engager.

Smellie avait donné un précepte tout contraire en pareille circonstance (t. III, p. 105): il voulait qu'on portât fortement le tronc en arrière et qu'on attirât le menton vers le thorax : c'est cette manœuvre qu'ont *théoriquement* adoptée les modernes. Enfin Deleurye a proposé de mettre sur la face une branche de forceps destinée à favoriser son glissement (p. 210). Toutes ces théories sont illusoires, et la pratique en aurait bientôt dégoûté si on voulait les mettre à l'épreuve. Sans doute les pubis ne sont pas conformés de manière à *accrocher* le menton, comme le répètent des centaines d'écrivains; leur bord évasé, leur plan incliné en arrière et en haut, les tendons qui adhèrent à ce bord, en voilà bien assez pour démentir une pareille assertion; mais il n'est pas moins certain que si l'on ne donne pas à la tête une direction diagonale, elle mettra bien plus aisément en rapport avec le petit diamètre du détroit supérieur son diamètre occipito-mentonnier, que quand la face est tournée en arrière. En effet, dans ce dernier cas, la direction qu'impriment au tronc la courbure de l'excavation du bassin et l'obliquité de l'axe du détroit inférieur, tend naturellement à abaisser le menton, à le faire pénétrer avant l'occiput; il fau-

drait un renversement considérable de la tête sur le dos pour que le menton s'arrêtât à l'angle sacro-vertébral, et l'occiput sur les pubis; au contraire, quand la face est en avant, une extension très-médiocre suffit pour que le menton touche les pubis, et l'occiput la saillie sacro-vertébrale : ainsi le premier obstacle est bien plus concevable dans cette dernière disposition, quoiqu'il s'agisse des mêmes diamètres. Dans l'excavation, les difficultés ne sont pas comparables. Quand la face est en arrière, vous avez, pour en favoriser le dégagement, pour fournir au long trajet qu'elle doit parcourir dans la courbure du sacrum, toute l'étendue du mouvement de flexion de la tête; quand elle est en avant, vous n'avez que la courte étendue des mouvemens de l'occiput, si vous voulez le dégager comme Asdrubali; et ce serait en vain que vous chercheriez, comme il le veut, à lui faire parcourir tout le sacrum, le coccyx et le périnée, en relevant fortement le tronc; le col est trop flexible pour imprimer ses mouvemens à la tête. Voulez-vous, au contraire, dégager, comme Smellie, la face la première, il faudra qu'elle glisse contre la surface convexe des pubis, que le menton s'enfonce dans l'épaisseur du col et réduise cette épaisseur presqu'à rien, etc., etc. Je conclus donc de nouveau qu'il est mille fois préférable de tourner la face en arrière suivant mon procédé (1).

(1) Portal rapporte un cas dans lequel il est parvenu à

Variétés. Il ne s'agira pas ici des diagonales; tout a été dit pour elles : nous ne parlerons donc que des positions inclinées, mixtes et imparfaites. A la rigueur même, les positions inclinées proprement dites nécessitant toujours un changement dans les dispositions pour que l'accouchement puisse se terminer, soit spontanément, soit par les efforts de l'art, leur considération doit être rejetée plus loin. Restent donc les positions mixtes et imparfaites, comme la présence d'un seul membre, soit absolument seul, soit avec voisinage des fesses. L'histoire de ces variétés rentre absolument dans celle des positions simples pour les cas où la nature se suffit à elle-même (1). Mais si ses efforts sont insuffisans, si l'on se voit forcé de lui aider avec énergie, peut-on agir sur le membre qui se présente seul, et ne faut-il pas indispensablement aller à la recherche de son congénère ? Les avis sont partagés sur ce point, et je vais exposer, suivant ma coutume, les opinions principales.

Les plus anciens auteurs ne se seraient point permis de tirer sur un seul pied. Moschion (2)

---

extraire la tête sans tourner la face en arrière, en abaissant fortement le menton contre le sternum ; l'enfant avait une enfonçure au pariétal gauche, et il mourut une demi-heure après sa naissance. (Obs. 58.)

(1) Je ne parle pas de la présence simultanée d'un pied et d'un genou, puisqu'on peut au besoin agir sur les deux membres à la fois.

(2) *Harmonia Gynæciorum*, pag. 11.

veut qu'on repousse le tronc du fœtus s'il est nécessaire, et qu'on aille chercher l'autre pied. Rhodion recommande, dans le même cas, de faire coucher la femme la tête basse, de la secouer dans cette position pour faire rentrer le pied sorti et déterminer la tête à descendre, et enfin, en cas de non réussite, d'aller saisir l'autre pied. Il recommande même de disposer les jambes bien parallèlement l'une à l'autre avant de tenter l'extraction. Guillemeau insiste sur le précepte dont je m'occupe en ce moment : « Car, dit-il, de penser tirer un enfant par un seul pied, serait l'escarter et le faire mourir, et la mère aussi. » (1) Vous trouverez les mêmes scrupules dans Amand (2), dans Mauriceau (3), Dionis, Peu et Burton. Peu rapporte avoir vu arracher (4) une jambe pour s'être opiniâtré à tirer sur elle seule; il se vit forcé, dit-il, d'appliquer une ligature au-dessus du genou, et d'enfoncer un crochet aigu dans les parties molles ainsi soutenues. Burton (5) recommande d'aller chercher le deuxième pied le plus tôt possible; il remarque que plus le premier est descendu, plus le second s'est relevé vers l'abdomen du fœtus; et, pour se rendre plus facile la

(1) *L'heur. Ac.*, pag. 194.
(2) Pag. 90, 108 et 151.
(3) Obs. 73.
(4) Pag. 245.
(5) Tom. 1, pag. 299.

route à suivre vers ce pied ainsi relevé, il relève aussi l'autre en repoussant la cuisse.

Portal est, je crois, le premier qui ait posé en précepte (1) la possibilité de tirer sur un pied, et qui ait cherché à faire sentir l'inutilité des manœuvres, souvent pénibles et quelquefois infructueuses, destinées à la recherche du deuxième. Ce n'est que dans quelques circonstances extraordinaires, comme pour le croisement de la cuisse opposée avec celle dont le pied était au dehors (2), qu'il s'est vu forcé de saisir les deux pieds à la fois. Le même cas s'est présenté à Smellie (3), et a nécessité la même précaution. Beaucoup d'accoucheurs (4) n'ont pas hésité à suivre cette pratique recommandée par Portal; et Puzos lui a même donné des éloges que nous avons appréciés à leur juste valeur (1er Mémoire). Sur 105 enfans présentant les pieds, Giffard en a extrait 47 en tirant sur un seul. Asdrubali ne cherche à se procurer les deux pieds que quand le bassin est resserré (5); il tire indifféremment sur l'un ou sur l'autre pied, quel qu'il soit (6), et il affirme que, sur 72 accouchemens dans lesquels l'enfant présentait cette partie, il n'a qu'une seule fois cru nécessaire de

(1) Pag. 59.
(2) Obs. 8.
(3) Tom. III, pag. 115.
(4) Entre autres Deleurye, pag. 205.
(5) Tom. III, pag. 84.
(6) *Ibid.*, pag. 78.

tirer sur les deux pieds à la fois. Les modernes français ont adopté ce précepte avec quelques modifications. Sans doute, toutes les fois qu'une cuisse croise celle dont le pied paraît au dehors, ou quand le membre, encore contenu dans le bassin, est ployé au-dessous des fesses de manière à ne pouvoir se déployer et s'allonger sur l'abdomen, il faut le dégager, ainsi que M. Gardien en donne le précepte; mais ce n'est pas la seule condition à laquelle il faille s'attacher. Baudelocque semble l'avoir senti sans s'expliquer d'une manière positive; mais ce que nous avons dit plus haut, et du mécanisme de l'accouchement, et des moyens de favoriser ce mécanisme, rendra bien facile l'intelligence de ce point important. Si le membre (pied ou genou) seul sorti est celui qui touche les pubis, on peut en toute sûreté tirer sur lui seul lorsque les hanches sont encore au détroit supérieur. En tirant sur ce pied, on fera descendre le tronc dans l'axe du détroit supérieur; et, quand une fois les hanches seront descendues dans l'excavation, il sera facile d'accrocher l'aîne située vers le sacrum, pour tirer le fœtus dans la direction de l'axe du détroit inférieur. Si même on craignait d'éprouver quelque difficulté à accrocher l'aîne qui regarde en arrière, on pourrait encore s'en dispenser; et c'est ce qui doit arriver constamment pour peu que le fœtus ait de facilité à glisser dans le bassin. En effet, en tirant dans l'axe du détroit supérieur, on agit principalement

sur la hanche qui est en avant; on la tire en arrière, et on provoque une rotation horizontale qui, pour peu qu'on veuille la favoriser, deviendra bientôt complète, et mettra dans la courbure du sacrum le membre qui était auparavant derrière les pubis. Alors, en tirant sur le même membre, on pourra agir dans la direction du détroit inférieur : c'est cette rotation que Baudelocque a conseillé d'opérer; il en a senti les avantages sans en bien démêler le motif. On comprendra, d'après cela, sans peine que si le genou ou le pied seul dégagé, lorsque les hanches sont encore au détroit supérieur, est celui qui touche la partie postérieure du bassin de la mère, alors les conditions sont bien différentes, et l'on ne peut se permettre sans imprudence d'agir sur ce seul membre : c'est en pareil cas qu'on l'arracherait plutôt que de faire descendre le fœtus. Ces réflexions suffisent pour faire comprendre mes idées, et en fournir les applications particulières. On sent aisément que dans une troisième ou une quatrième position on pourrait également tirer sur un seul pied, avec le soin seulement de produire la rotation des hanches; ce qui réduirait nécessairement la position à l'une des deux premières.

Troisième indication.—Changer les dispositions naturelles. Il ne s'agira point ici des mouvemens rotatoires, ou dans le sens horizontal, destinés à changer la troisième position en une plus favo-

rable : nous en avons suffisamment parlé dans les précédens paragraphes. Nous ne devons donc avoir en vue que la réduction artificielle des positions des fesses et des genoux en présentations des pieds, et peut-être aussi de la réduction de quelques positions inclinées en positions franches.

Je ne dois point en effet m'occuper de la réduction de la tête du fœtus à l'orifice, en place de l'extrémité pelvienne. Cette méthode, que les anciens croyaient d'une si facile exécution, et dont Mauriceau a si bien fait sentir le ridicule, ne valait assurément pas la peine d'être tirée, par Osiander et M. Flamand, du profond oubli dans lequel elle était tombée.

Nous avons déjà discuté les avantages et les inconvéniens attribués à l'accouchement spontané par les fesses : nous avons vu que beaucoup d'accoucheurs veulent qu'on fasse tout pour aller chercher les pieds, fallût-il même refouler les fesses (Moschion, *Harm. Gyn.*, pag. 12; Amand, pag. 174), ou passer au-devant d'elles alors qu'elles sont fortement engagées. (Delamotte, obs. 296.) Quelques autres veulent qu'on tente l'extraction des pieds toutes les fois qu'on arrive avant que les fesses soient engagées, et qu'on les laisse venir seules quand elles sont déjà descendues dans l'excavation. (Leboursier, Delamotte, etc.) Ce dernier parti est le seul raisonnable en pareil cas. Vouloir extraire les pieds quand les hanches ont franchi le détroit supérieur,

c'est vouloir renouveler les accidens arrivés à Peu (pag. 422) et à Mauriceau (obs. 48) : tous deux fracturèrent la cuisse sur laquelle s'étaient dirigés leurs premiers efforts. On ne réussirait pas mieux en suivant le conseil de Burton, qui veut que l'on applique aux deux pieds un lacs assez long pour qu'on puisse tirer d'une main placée au dehors, tandis que l'autre, introduite dans le vagin, repousserait les fesses : c'est une manœuvre impraticable dans toutes ses parties.

Je me suis prononcée assez clairement au commencement de cet article pour qu'on ne s'étonne pas de m'entendre rejeter ces diverses opinions, et restreindre aux cas de nécessité absolue d'une prompte terminaison l'opération destinée à amener les pieds (hémorrhagie, convulsions, inertie, etc.). Dans ce cas, on introduira, suivant les règles connues, la main dont la paume s'appliquera le plus aisément sur les pieds (main gauche pour première position, et *vice versâ*); on pourra, comme le conseille Burton, repousser *de côte* (s'il est possible) les fesses, de manière à rapprocher les pieds du centre du détroit supérieur (*voyez* ci-après, obs. 12); on saisira, autant que possible, les deux jambes à la fois, et on les amènera brusquement dans l'excavation si l'utérus contient encore de l'eau, ou s'il est peu contracté, l'enfant petit et les passages bien ouverts. Si la disposition contraire a lieu, on tâchera de saisir chaque jambe l'une après l'autre; on poussera le pied du côté interne, et, fléchissant

e genou au moyen du pouce appliqué sur le creux lu jarret, tandis que les autres doigts appuient sur ı jambe, on fera glisser cette partie de haut en as et de dehors en dedans (relativement au fœus) au-devant de l'abdomen, puis on l'amènera lans le vagin. Le procédé de Burton est surtout onvenable dans la quatrième position : c'est alors qu'il faut chercher à repousser les fesses fortement n arrière, afin de placer, pour ainsi dire, les nembres inférieurs sur le détroit : sans cette préaution il serait extrêmement difficile de parvenir saisir les pieds, et tellement même que Deleurye e regarde comme impossible.

Quand les genoux se présentent, il est bien naurel de chercher à les déployer et à faire sortir es pieds pour se donner plus de prise : aussi est-e un conseil presque généralement donné par les uteurs; mais tous n'ont pas donné là-dessus les nêmes détails. Amand (p. 337), Delamotte, Burron, Asdrubali, veulent qu'on repousse le genou ers l'abdomen du fœtus, afin d'avoir plus de facité à trouver le pied et à le dégager. On conçoit, n effet, que le déploiement peut alors être rendu lus facile; mais, dans la plupart des cas, on peut, ans cette précaution, déployer la jambe dans l'exavation : il est bon cependant d'avoir connaisance de ce procédé.

Restent maintenant les positions inclinées de extrémité pelvienne du fœtus. Ces positions, metant par elles-mêmes obstacle à l'accouchement,

doivent être changées pour qu'il s'opère, soit naturellement, soit artificiellement. C'est à quoi l'on parvient de trois manières différentes : 1°. en rectifiant les causes qui produisent l'inclinaison; 2°. en réduisant immédiatement à une position directe la partie même qui se présente; 3°. en allant chercher les pieds.

Le premier moyen consiste surtout dans la rectification des obliquités utérines; il réussit particulièrement quand l'inclinaison a lieu vers la partie antérieure (positions pubiennes), ou vers la partie postérieure du fœtus (positions sacro-coccygiennes). Il ne réussit, pour les inclinaisons latérales (positions coxales), que quand elles sont peu considérables. (Ant. Petit, Gardien.)

Le second moyen consisterait à aller chercher la fesse éloignée du centre, et à la repousser vers le détroit (Leboursier Ducoudrai), moyen peu sûr, difficilement praticable, et qui n'a aucun avantage sur l'adduction des pieds, puisqu'il n'est pas moins douloureux pour la mère.

Le troisième est le plus sûr et le plus généralement applicable; il est même plus facile à exécuter alors que dans les positions directes, parce que les parties ne tendent pas à s'engager dans l'excavation : aussi voyons-nous qu'on y a eu souvent recours, soit pour des positions pubiennes (Amand, page 152) ou lombaires (Portal, *loc. cit.*), soit pour une hanche ou, ce qui revient au même, la présentation d'une seule fesse. (Portal, obs. 11,

5 et 74; AMAND, page 109; SMELLIE, tome III; DELAMOTTE, LEBOURSIER, etc., etc.)

Voilà les généralités que m'ont suggérées l'observation pratique et la lecture des auteurs; nous allons en faire usage dans l'examen de quelques faits particuliers.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES,

Faisant suite au quatrième Mémoire sur les Positions des Fesses, etc.

N° Ier.

1re POSITION DES FESSES.

Accouchement spontané.

Le 14 thermidor an 12, une femme de vingt-cinq ans, nommée Augustine Dub....re, commença à ressentir, vers sept heures du matin, les premières douleurs puerpérales : elle était enceinte pour la première fois, et, depuis un mois, elle attendait, dans la maison, le terme de sa grossesse.

On sut d'elle que, vers minuit, elle avait commencé à perdre de l'eau qui s'était écoulée d'une manière lente, mais continue : l'orifice utérin était peu aminci, tendu et résistant ; il n'était ouvert encore que de douze lignes ; les membranes, appliquées presqu'immédiatement sur le fœtus, permirent de reconnaître les fesses présentées dans la première position franche et directe. Les lombes, en effet, correspondaient au côté gauche du bassin ; de ce point partait un sillon qui, disposé de manière à regarder le bas du sacrum, s'étendait transversalement vers le côté droit du bassin. A l'une des

xtrémités de ce sillon (la première), on sentait ous la peau une saillie anguleuse que surmontait ne surface inégale et résistante : la saillie était lue au coccyx, la surface dure au sacrum. Au milieu du même sillon, et dans la partie la plus profonde, le doigt s'enfonçait dans une ouverture troite, froncée, resserrée : c'était l'anus. De chaque côté du sillon se remarquait une grosse convexité mollasse : c'étaient les deux fesses, dans esquelles une forte pression permettait encore de entir les tubérosités sciatiques.

Les contractions utérines étaient faibles et peu durables : c'est pourquoi on jugea utile de faire longer la malade dans un bain tiède : les membranes s'ouvrirent complètement pendant cette pération. La dilatation s'opéra lentement, et un peu d'eau s'échappa encore par intervalles.

A cinq heures du soir, l'orifice était complètement ouvert; mais ce ne fut qu'à sept que les douleurs prirent de l'énergie. Alors seulement les anches s'engagèrent dans l'excavation, en exécutant une légère rotation qui amena la hanche gauche derrière le pubis droit. Quand les fesses furent rrivées au bas de l'excavation, les hanches reprirent leur direction première; la gauche se rouva logée dans l'arcade pubienne; la droite, parcourant la concavité sacro-périnéale, vint se dégager au-devant de la fourchette : toute l'extrémité pelvienne du fœtus fit alors, hors de la vulve, une énorme saillie dirigée en bas et en avant; et

cette saillie ne fit qu'augmenter jusqu'à ce que le thorax occupât l'excavation du bassin : alors les jambes, jusque là étendues sur la partie antérieure de l'abdomen du fœtus, se dégagèrent spontanément. En soulevant le tronc, on abaissa et on amena au dehors, avec la main droite, le bras droit du fœtus contenu dans la concavité du sacrum, et déjà *un peu* relevé vers la tête : le bras gauche se dégagea de lui-même avec le thorax, et bientôt la tête resta seule dans le bassin. Elle s'y était engagée transversalement, c'est-à-dire, mesurant de son diamètre occipito-frontal (ou à-peu-près) le diamètre transverse; elle tourna spontanément la face en arrière, et deux doigts mis dans la bouche suffirent pour la dégager; tandis que deux doigts de l'autre main, appliqués sur les épaules, soulevaient le tronc au-devant des pubis, sans exercer sur lui aucun effort violent. L'enfant pesait six livres, et n'avait nullement souffert. La délivrance fut simple, et la mère ne ressentit aucune incommodité.

Nous trouverons, dans cette observation, la confirmation d'une partie des principes qui ont été avancés dans le Mémoire qu'on vient de lire.

On remarquera d'abord que cette femme en était à sa première grossesse; que par conséquent les passages devaient offrir une étroitesse assez grande pour ne permettre l'issue du fœtus qu'après des lacérations considérables, si véritablement la sortie de l'enfant ployé en double occa-

onait toujours des accidens aussi graves qu'on l'a rétendu. Cependant rien de tout cela n'est arvé; et les parties, soit externes, soit internes, 'en ont pas beaucoup plus souffert que dans toute utre espèce d'accouchement.

Ici la position ayant été reconnue avant que les esses ne fussent engagées dans le détroit, on a rouvé les lombes *tout-à-fait* à gauche, et non ncore obliquement dirigées en avant : tous les utres caractères accordaient parfaitement leur isposition à celle des lombes. Plus tard, on put assurer du changement de direction, et suivre nsuite tous les mouvemens qui constituent le méanisme de l'accouchement naturel, dont ce fait eut donner une idée très-exacte.

Le travail marcha fort lentement : nous avons u que c'est assez l'ordinaire en pareil cas; l'eau écoula peu à peu, parce que d'abord les memranes s'étaient ouvertes dans un endroit éloigné e l'orifice utérin, et ensuite parce que les fesses mplissaient l'excavation lorsque s'opéra la ruprre définitive.

Des deux bras un seul eut besoin d'être artificellement dégagé; l'autre, suivant la marche reonnue par M. Désormeaux, sortit avec le thorax, échi comme il l'avait été dès le premier instant u travail.

La tête serait sans doute sortie spontanément, uisqu'elle s'était déjà très-favorablement engaée; mais le moindre retard pourrait, dans cette

situation, être préjudiciable à l'enfant; et toutes les fois que la tête n'est pas projetée au dehors aussitôt après la sortie du tronc, on doit se hâter de lui aider à sortir : c'est une opération si simple, si innocente et si facile, que rien ne doit empêcher de l'entreprendre : fût-elle inutile, on ne peut jamais se reprocher d'y avoir eu recours.

N° II.

1re POSITION DIAGONALE DES FESSES. (Sacrum un peu en avant.)

Accouchement spontané.

Marie-Anne Av...., femme bien portante et forte, âgée de vingt-huit ans, était enceinte pour la première fois et à terme lorsqu'elle se présenta à la salle des accouchemens : c'était le 16 mars 1817, à une heure du matin

L'orifice utéro-vaginal était ouvert de cinq à six lignes; son pourtour était épais, mais souple. Les membranes étaient rompues, l'eau de l'amnios écoulée en grande partie, et l'on pouvait distinguer les fesses à peine engagées dans le détroit supérieur. Les lombes, tournées à gauche, regardaient *un peu* en avant, en sorte que le coccyx répondait derrière la cavité cotyloïde gauche (1): de

(1) La position se rapprochait donc plus de la première que de la troisième. Le contraire a lieu quand les lombes sont derrière un des trous sous-pubiens de la mère.

ce point partait le sillon qui sépare les fesses; il se dirigeait un peu en haut et vers la symphyse sacro-iliaque droite ; à peine pouvait-on distinguer l'anus, à cause de l'élévation de la partie ; mais la pointe du coccyx, facile à circonscrire, ne laissait aucun doute. L'orifice se dilata lentement; les douleurs ne devinrent un peu énergiques que vers une heure de l'après-midi : quoique les fesses eussent assez peu descendu, l'ouverture de l'orifice, alors fort considérable, permit de sentir les deux pieds appliqués sur le devant des fesses, et situés vers la partie postérieure et droite du bassin. Cependant, sous l'influence de ces nouvelles douleurs, le tout descendit dans l'excavation sans changer de rapport mutuel ; en une heure de temps les fesses parurent à la vulve, après avoir exécuté une rotation légère qui *rapprocha* le coccyx de la tubérosité sciatique gauche. Le pied gauche se montrait dans l'arcade pubienne, et il sortit presque spontanément ; le déploiement de la jambe et de la cuisse droites ne fut pas plus difficile, et sur ces parties on tira doucement en relevant les hanches pour faire suivre au tronc la direction de l'axe du détroit inférieur. Ces tractions étaient inutiles; car, au moyen d'une seule contraction utérine, la nature précipita au dehors la totalité du tronc accompagnée des deux bras croisés sur le devant du thorax. Cependant la tête séjournait au détroit supérieur; elle y avait présenté d'avant

en arrière son diamètre occipito-frontal, et nous fûmes forcés de ramener la face vers un des côtés du bassin, et de l'abaisser ensuite vers l'excavation, en portant dans la bouche deux doigts de la main gauche, et tirant de la main droite sur le tronc incliné en bas pour nous conformer à la direction de l'axe du détroit supérieur. La tête une fois descendue, on tourna la face tout-à-fait en arrière, et on lui fit parcourir la concavité sacro-périnéale, pendant qu'une forte élévation du tronc nous permettait de tirer dans la direction de l'axe du détroit inférieur. L'enfant était très-faible, et nous eûmes beaucoup de peine à le rappeler à la vie. C'était un garçon du poids de six livres.

La délivrance a été naturelle, et la mère et l'enfant sont sortis quelques jours après dans l'état le plus favorable.

Je puis commencer ici par la même réflexion que j'ai émise en tête de celles qui suivent l'observation précédente.

La souplesse de l'orifice est à noter et à rapprocher de l'épaisseur de ses bords et du petit diamètre de son ouverture. Toutes ces circonstances indiquaient que l'orifice avait déjà été dilaté avant la rupture des membranes, et que son resserrement apparent n'offrait aucun obstacle aux progrès du travail.

En effet, la lenteur de ces progrès doit être attribuée toute entière à la faiblesse des douleurs

presque constante dans les accouchemens de cette sorte, dès que les membranes sont rompues.

On notera aussi la situation des pieds. Ces parties sont fréquemment appuyées au-devant des fesses; et, si les auteurs les représentent presque toujours comme élevées au-devant du tronc par l'extension des membres inférieurs, c'est qu'ils n'ont considéré l'état des choses que dans les derniers momens du travail. Il en est de ce point comme de la direction de la tête (dans les positions de cette partie), qu'on n'avait, avant Ould et Smellie, bien observée qu'au détroit inférieur: il en est encore de même de la sortie des bras dans l'accouchement naturel par l'extrémité pelvienne du fœtus. On avait toujours voulu accélérer l'accouchement, et par conséquent on avait constamment produit l'élévation des bras sur les côtés de la tête; tandis que, dans l'accouchement naturel, ces deux membres sortent avec le thorax, ainsi que la présente observation nous en fournit une preuve sans réplique.

Cette situation des pieds n'a pas empêché l'accouchement d'avoir lieu malgré les craintes qu'Asdrubali voudrait nous inspirer en pareil cas. Certes, si le vagin ou l'orifice utérin doivent souffrir une violente distension, c'est bien dans un semblable accouchement, où la double épaisseur des jambes et des cuisses s'ajoute à celle des fesses; mais ces parties sont tellement enchâssées les unes auprès des autres que le volume n'en est pas beaucoup accru.

On voit, dans cette observation, un exemple de la manière de procéder à l'extraction de la tête quand elle s'engage la face en avant. Nous voulions tourner la face d'abord vers le côté gauche du bassin, dont elle était un peu plus rapprochée; la main droite semblait plus appropriée à cette manœuvre; nous avons prouvé le contraire dans le premier volume : aussi employâmes-nous la main gauche; elle fut glissée dans la courbure du sacrum, et les doigts s'allongèrent jusque derrière le pubis, en côtoyant le côté gauche du bassin; introduits alors dans la bouche, ils nous permirent d'agir sur la face avec beaucoup de force, et de lui faire exécuter promptement un mouvement très-étendu.

N° III.

2e POSITION DES FESSES.

Accouchement spontané.

Le 8 fructidor an 12, se présenta à la salle des accouchemens Henriette Bou...d, âgée de dix-sept ans, enceinte pour la première fois et à terme. Cette jeune femme était, depuis trois mois, dans l'hospice; elle y était entrée pour des symptômes qu'on pouvait regarder comme précurseurs d'un avortement inévitable : ces symptômes (perte sanguine, douleurs, etc.) avaient paru après une chute; ils cédèrent à la saignée et à l'emploi des bains et des boissons rafraîchissantes.

Le 8 fructidor, à neuf heures du matin, on sentit l'orifice ouvert de huit à dix lignes, les membranes tendues et permettant à peine de reconnaître une partie volumineuse, moins dure que la tête, et élevée encore au-dessus du détroit abdominal. Les douleurs devinrent plus fortes, l'orifice s'ouvrit davantage, et quelques heures après, dans un moment de relâche, on put reconnaître les fesses à leur volume, à leur sillon et à la pointe du coccyx, qui répondait directement à l'ilium droit.

A quatre heures du soir, la dilatation était complète, les membranes se rompirent, et la présence des fesses ne laissa plus d'équivoque; ces parties s'engageaient dans le détroit supérieur, et le coccyx répondait alors à la cavité cotyloïde droite. Le méconium commençait à s'écouler; il s'écoula avec plus d'abondance encore quelques heures après, car les douleurs s'étaient accrues, et elles poussèrent l'enfant avec tant de force qu'en peu de temps on vit paraître les fesses à la vulve, ayant repris la direction qu'elles avaient eue d'abord au détroit supérieur, c'est-à-dire les lombes directement à droite. Deux doigts en crochet furent introduits dans chacune des aînes; on tira légèrement sur elles, agissant plus particulièrement sur celle du côté gauche, et l'on vit bientôt le tronc sortir brusquement, avec les deux bras, la tête restant seule *dans l'excavation pelvienne*. Un doigt de la main droite, mis dans la bouche, suffit

pour tourner en arrière la face, qui avait passé de côté au détroit supérieur; ce doigt suffit aussi pour en opérer le dégagement au-devant du périnée, aidé toutefois de l'élévation imprimée au tronc par la main gauche. Il était alors dix heures du soir; le travail en avait duré treize: aussi l'enfant était-il dans un état de mort apparente. Les organes génitaux de ce fœtus étaient livides et énormément gonflés : malgré cet état fâcheux on parvint à le ranimer par l'emploi des moyens ordinaires, et surtout de la saignée ombilicale, et peu de jours après, il était dans un état satisfaisant. Son poids était de sept livres; le placenta pesait une livre avec ses membranes.

La délivrance et les suites des couches ont été des plus naturelles.

Je commencerai mes réflexions sur cette observation par quelques mots sur la manière dont on a prévenu ici l'avortement. Il en sera question, par la suite, d'une manière plus complète; mais nous ne devons laisser échapper aucune remarque utile. Le trouble qui produit l'avortement est, dans presque tous les cas, un effort hémorrhagique (*molimen hæmorrhagicum*); la saignée, les délayans et les calmans sont donc les moyens le plus constamment indiqués, et leur succès, dans la circonstance présente et dans toutes celles qui lui ressemblent, doit ajouter à la conviction que la théorie nous en donne.

On retrouve, dans cette observation, les divers temps du mécanisme bien distincts et bien tranchés; le premier surtout, celui qui est omis par la plupart des accoucheurs, je veux dire le passage de la position directe à la diagonale, a été facile à constater. Les deux bras ont accompagné le thorax, parce que la nature a fait, presque seule, les frais de l'expulsion du tronc; la nature aussi avait convenablement engagé la tête, et peut-être aurait-elle suffi à l'expulsion complète si on lui en avait donné le temps. L'état apoplectique de l'enfant nous prouve qu'il n'aurait pas impunément souffert le moindre retard; d'ailleurs, il était si facile et si peu dangereux d'opérer comme nous l'avons fait, que nous ne pouvions hésiter un moment sur la détermination que nous devions prendre.

On remarquera que l'écoulement du méconium a été ici très-considérable: nous savons que cet écoulement n'est pas un signe de mort ou de faiblesse excessive quand l'enfant présente les fesses: cependant lorsqu'il est très-considérable, la chose est encore à craindre; car, quelle que soit la pression qu'exerce l'utérus sur l'abdomen de l'enfant, cette pression, quand il est vigoureux, ne produit que l'excrétion de la portion qui distend les intestins les plus voisins de l'anus. Dès que les intestins sont assez désemplis pour n'être plus distendus, la résistance du sphincter est suffisante pour arrêter l'écoulement.

L'enfant était dans un état d'asphyxie apoplec-

tique, comme c'est l'ordinaire; la saignée ombilicale est, en pareil cas, le moyen le plus efficace : elle produit une guérison certaine quand il n'y a pas d'épanchement à la surface du cerveau, et s'il en existe un très-peu considérable, elle en facilite la résorption, ou fait du moins cesser les accidens primitifs.

N° IV.

Deux observations de deuxième position des fesses (jumeaux).

2e POSITION DIAGONALE DES FESSES. (Sacrum un peu en arrière.)

Accouchement spontané (1).

Le 26 février 1821, j'étais à la salle d'accouchemens lorsqu'un bruit soudain nous avertit que la rupture des membranes et l'émission des eaux venaient de s'opérer chez une femme qui, souffrant depuis quelques heures, se promenait alors dans la salle. Jusque là il avait été impossible de reconnaître la partie présentée par le fœtus.

Je procédai sur-le champ au toucher, et à travers un orifice ouvert de quinze à dix-huit lignes, je reconnus sans peine les fesses couvrant le détroit supérieur, et dirigées de façon que le sacrum et le coccyx appuyaient sur la symphyse sacro-iliaque droite; le sillon des fesses se portait de là

(1) Obs. de l'Éditeur.

ers la partie antérieure et gauche du bassin; mais e doigt ne pouvait aller si loin, et ce ne fut même u'avec quelque peine que je pus l'introduire dans anus et confirmer ainsi mon diagnostic. Dès ce noment les douleurs marchent avec énergie, et eux heures après la rupture des membranes, les eux pieds se présentent à la vulve. On les extrait ans efforts; et au moment où l'on se préparait à n exercer quelques-uns, on s'aperçoit qu'à la fa- eur de douleurs plus efficaces encore que les remières, les hanches, parvenues dans l'excava- on pelvienne, exécutent un mouvement de rota- on qui ramène le coccyx à droite et un peu en vant. Après cette rotation, l'enfant sortit presque eul, les bras avec le thorax, et la tête immédiate- nent après, sans que nous eussions besoin d'autre ttention que de soutenir et de recevoir le fœtus. et enfant était fort petit, et ne pesait guère que inq livres : il vécut.

POSITION DIAGONALE (Sacrum un peu en avant).

Accouchement spontané.

La naissance de cet enfant avait à peine diminué volume du ventre de la mère; le toucher nous pprit que l'utérus en renfermait un second con- enu dans des membranes assez lâches pour nous ermettre de sentir les fesses *engagées* dans le dé- oit supérieur, et de telle manière que le sacrum tait placé sous la cavité cotyloïde droite. En ar-

rière (relativement à la mère), on sentait l'extrémité d'un membre.

Une heure après, les membranes se rompent; une élève touche et reconnaît que le membre dont on sentait l'extrémité est un membre thoracique; elle en conclut que ce qu'on a pris pour les fesses n'est autre chose que l'épaule, et sonne l'alarme à l'instant. J'étais encore présent, et je voulus vérifier l'état des choses. Je trouvai en effet la main gauche; mais au-devant d'elle étaient bien réellement les fesses, et auprès de celles-ci le pied droit. En trois quarts d'heure ce pied descendit à la vulve; on s'en servit pour diriger les fesses et en favoriser l'expulsion; la main fut également entraînée. Les tractions, exercées inutilement sur la jambe droite placée sous les pubis, déterminèrent une rotation du tronc, par laquelle le dos se tourna vers la tubérosité sciatique du côté gauche; il en résulta que le bras droit retenu vers les pubis croisa la nuque, mais en roulant sur son axe de telle sorte qu'il fut possible de le dégager sur la partie antérieure du fœtus. La tête sortit sans effort. Ce dernier enfant, vivant, et du sexe masculin comme le premier, ne pesait que quatre livres et demie. Le placenta était unique et de forme arrondie. La mère s'est parfaitement rétablie.

Cette direction diagonale avec le sacrum en arrière est assez rare, moins pourtant qu'on ne l'imaginerait d'après le silence que les auteurs ont

ardé sur son compte. Le fœtus paraissait incliné
ı arrière, soit que l'utérus eût quelque tendance
se porter de ce côté, soit plutôt que cette incli-
ıison dépendît de la liberté du fœtus dans un
érus largement distendu par deux amnios : c'est
ette inclinaison qui me rendit difficile l'explora-
on du sillon des fesses et même de l'anus. Cette
ernière partie est cependant une de celles dont
examen donne le plus de certitude au diagnostic,
c'est pour cela que je tenais à y parvenir.

Ce ne sont pas là les seules remarques intéres-
ntes que nous fournit cette observation : au
ommencement du travail, les pieds, loin d'être
us les fesses, ne pouvaient être, comme elles,
teints par le doigt : cependant ils n'étaient pas
in, et dans les progrès du travail ils descendirent
bien, qu'ils précédèrent les parties qui d'abord
s avaient devancés. En outre, non-seulement les
as sortirent sans se relever et en même temps
ue le thorax, mais encore la tête fut complète-
ent expulsée sous l'influence de la nature et sans
cours étrangers.

La naissance du deuxième enfant aurait pu être
us facile encore que celle du premier : celui-ci
ait préparé les passages ; et, sans quelques ma-
euvres inconsidérées, on eût vu sortir sans peine
fœtus peu volumineux. La main qui se présen-
it avec les fesses n'y pouvait mettre aucun ob-
acle. La position, quoique diagonale, ne l'était
ut-être pas primitivement; car les fesses étaient

déjà engagées quand on en reconnut la présence. Comme le premier enfant, celui-ci avait les deux pieds dans le voisinage des fesses, et l'un des deux descendit avant elles. Cette facilité qu'avaient les pieds à descendre était due à la petitesse du fœtus, dont les fesses ne remplissaient point tout l'espace destiné à leur passage ; ceux d'un enfant plus volumineux se seraient arrêtés au détroit supérieur, et auraient forcé les membres inférieurs à se déployer vers le thorax.

C'est encore cette petitesse qui me permit de dégager, au-devant de l'enfant et sans beaucoup de peine, un bras transversalement placé sur la nuque. Je n'en dis pas davantage sur ce point, que j'ai déjà traité assez amplement dans le premier volume (pag. 306).

N° V.

3e POSITION DES FESSES.

Accouchement spontané ; renversement de l'utérus ; hémorrhagie mortelle.

Charlotte Del...e, étant en travail depuis sept heures, fut apportée à l'hospice le 22 nivôse an 11. Les membranes étaient rompues depuis peu, et les fesses se présentaient dans le haut de l'excavation, et dans une position telle que le coccyx était directement en avant. Sous l'influence de quelques légères douleurs les fesses descendirent davantage

et, en même temps, prirent une direction diagonale telle que le coccyx se trouva derrière la branche ischio-pubienne gauche. C'est dans cette direction que sortirent les hanches, les membres inférieurs s'étant relevés sur la face antérieure du fœtus. L'enfant vivait : c'était une fille du poids de six livres et un quart.

Après l'accouchement, l'utérus, qui, pendant la plus grande partie du travail, était resté inerte, retomba dans un état de langueur et de flaccidité telle qu'au moment où une élève sage-femme achevait l'extraction du placenta, un léger effort de la femme suffit pour retourner le viscère en totalité, et lui faire traverser ou du moins remplir, ainsi retourné, toute l'étendue du vagin, poussant au-devant de lui une énorme quantité de caillots. La réduction, quoique pénible, fut assez promptement opérée ; mais les efforts qu'elle nécessita, les pressions qu'il fallut opérer sur l'utérus, tout cela ne put lui rendre sa contractilité ; d'ailleurs, l'hémorrhagie n'avait pas cessé un instant, et la malade y succomba (1).

Cette position, plus rare que la première et la

---

(1) Il est fâcheux que cette observation intéressante soit aussi peu détaillée ; je la donne ici telle que je l'ai extraite des plus anciens registres de madame Lachapelle ; je ne l'ai point trouvée ailleurs, malgré les recherches les plus exactes. (*Note de l'Éditeur.*)

deuxième, n'est pas plus défavorable qu'elles quand son mécanisme marche régulièrement; mais il est à remarquer que la rotation horizontale est plus difficilement déterminée. En effet, le grand diamètre des fesses (transversal) s'engage transversalement, et ce n'est que dans l'excavation qu'il est forcé de tourner. Au contraire, dans les deux premières, les fesses, quoiqu'elles ne puissent s'engager aisément sans devenir diagonales, reprennent aisément, dans le bas de l'excavation, la direction antéro-postérieure qu'elles avaient auparavant.

L'accident qui a suivi l'accouchement est très-remarquable sans doute, mais il n'entre pas dans mon plan d'en parler actuellement : il en sera question par la suite.

N° VI.

4e POSITION DES FESSES.

Accouchement spontané.

Le 7 juillet 1820, à sept heures du matin, une ancienne élève de l'hospice, madame Nice, maîtresse sage-femme à Nanterre, fut appelée auprès d'une femme de trente ans, lymphatique et peu robuste, réglée assez abondamment depuis l'âge de quatorze ans. Cette femme avait eu déjà six enfans en quatre fois, c'est-à-dire que deux fois elle avait donné le jour à des jumeaux; cette fois elle portait

trois enfans, et le premier, dont il sera seulement question ici, présentait les fesses; le second naquit par la face, et le troisième offrit l'épaule droite.

A l'arrivée de la sage-femme, l'orifice était ouvert de quinze à dix-huit lignes, les membranes n'étaient point rompues, et la partie présentée par l'enfant ne pouvait être reconnue, vu son élévation.

A neuf heures, rupture des membranes, écoulement d'une grande quantité d'eau; la partie présentée devient accessible, et l'on reconnaît les fesses au coccyx qui est en arrière, et aux parties génitales qui sont en avant, au sillon qui marche des pubis au sacrum de la mère, et enfin à l'anus, qui, placé dans le centre, sépare deux parties rondes et mollasses. Trois douleurs plongent le fœtus dans le bassin; une quatrième tourne la hanche gauche sous la branche ischio-pubienne gauche, puis sous la symphyse et dans l'arcade pubienne; enfin, une sixième douleur expulse dans cette direction un fœtus du sexe masculin, vivant et pesant cinq livres.

Cette observation, quoique intéressante, prête peu aux commentaires. Le mécanisme a été régulier, et la terminaison spontanée d'autant plus facile que l'enfant était plus petit. En effet, je soupçonne fortement que c'est par approximation qu'on l'a estimé du poids de cinq livres; un tri-jumeau doit peser au plus trois livres et demie ou quatre livres.

La position dans laquelle il s'est présenté est une des plus rares; elle est ordinairement défavorable quand aucun changement ne s'opère dans la direction de la tête du fœtus dont la face se trouve alors en devant. Ici le travail a marché si rapidement qu'il était difficile de suivre tous les mouvemens du fœtus : la tête est sortie à-peu-près transversale; petite comme elle était, elle aurait même pu sortir la face tout-à-fait en avant, puisque d'ailleurs cinq accouchemens antécédens avaient dû considérablement élargir et assouplir les parties molles de la mère.

N° VII.

Fesse ou hanche gauche réduite spontanément à la première position des fesses (jumeaux).

M. Gou...n, enceinte pour la deuxième fois, et parvenue au milieu du neuvième mois avec un ventre excessivement volumineux, commença à souffrir le 5 pluviose an 11.

La dilatation de l'orifice s'opéra promptement sous l'influence de bonnes douleurs, et après cinq heures de travail, les membranes se rompirent; une heure plus tard sortit un garçon bien portant, présentant la tête la première et dans la première position.

Il en restait un deuxième dans l'utérus; mais cet organe resta inerte pendant plus d'une heure et demie. Alors les douleurs se réveillèrent; la

poche membraneuse, *bien régulièrement arrondie*, vint distendre l'orifice, qui n'avait pas repris la moindre rigidité. Peu après, les membranes se rompirent, et je sentis s'engager, dans le détroit supérieur, la fesse gauche, de telle sorte que la crête iliaque répondait à l'éminence ilio-pectinée droite, et que la fesse droite devait être posée sur la symphyse sacro-iliaque gauche de la mère. Cette position passa, parmi les élèves, pour une quatrième de la hanche gauche, ou pour une intermédiaire à cette quatrième et à la première: c'était simplement une première des fesses altérée par l'inclinaison du fœtus en avant : aussi ce fœtus, qui était fort petit, fut-il bientôt redressé par quelques douleurs énergiques. Les fesses s'offrirent alors diagonalement à l'excavation, et tout marcha comme dans le cas d'une première position ordinaire. La mère souffrit peu, et aucun obstacle ne s'opposa à son prompt rétablissement.

J'emploie à-peu-près indifféremment le mot de *fesse* ou de *hanche* parce que, lorsqu'une seule fesse se présente, ainsi que nous l'avons dit, c'est un des côtés du bassin, c'est une hanche par conséquent qui couvre le détroit supérieur. Pareille position doit se produire toutes les fois que, dans une des deux premières positions, l'utérus, et le fœtus avec lui, sont fortement inclinés en avant. Ces sortes d'accouchemens ne se terminent ordinairement pas par les seuls efforts de la nature;

et en effet, on conçoit que l'autre fesse est retenue au bord du détroit supérieur (soit sur l'angle sacro-vertébral, soit sur une des échancrures sacro-iliaques), et empêche l'extrémité pelvienne de s'engager. Le fœtus est alors disposé fort obliquement dans le grand bassin : or, il est tout simple que l'utérus agisse avec plus de force dans le sens de la plus grande longueur de ses fibres, et par conséquent (après la rupture des membranes) dans le sens de la longueur du fœtus, c'est-à-dire, aussi obliquement. Le fœtus, ainsi poussé, presse davantage le bord du détroit sur lequel appuie la fesse la plus élevée, et plus la matrice agit, plus elle met d'obstacles à la terminaison naturelle de l'accouchement.

La petitesse de l'enfant est bien évidemment la cause qui a procuré une terminaison spontanée à cet accouchement. L'enfant était un jumeau d'un fort petit volume ; son extrémité pelvienne, présentée obliquement, fut bientôt redressée quand elle tomba dans l'excavation, et surtout quand les douleurs se réveillèrent. Jusque là l'utérus, fort ample puisqu'il avait été distendu par une double conception, étant resté inerte, avait permis à ce petit fœtus de s'incliner en avant par défaut de soutien ; une fois contracté, il lui rendit sa rectitude et l'y maintint sans difficulté.

J'ai souligné la forme arrondie de la poche membraneuse pour faire remarquer que cette poche ne prend point une forme analogue à celle

de la partie qui se présente : s'il en était ainsi, cette poche, dans le cas présent, aurait dû être ovalaire, et offrir d'avant en arrière son plus grand diamètre.

L'enfant était si petit que l'on ne peut rien conclure de la facilité avec laquelle il est sorti et de l'intégrité dans laquelle il a laissé les passages, ces passages étant d'ailleurs déjà dilatés par la sortie d'un premier fœtus.

N° VIII.

Position sacro-coccygienne, réduite spontanément.

Marie Desp.... était depuis quelques jours à l'hospice, attendant le terme de sa deuxième grossesse, lorsque les douleurs se déclarèrent : ce fut le 26 thermidor an 10. Quoique cette femme ne fût enceinte que de huit mois et demi, cependant son ventre offrait un volume considérable, et l'utérus était fortement oblique en devant.

Les douleurs prirent en peu de temps une vigueur assez marquée ; l'orifice se dilata peu à peu, et la poche membraneuse s'avança dans le vagin en forme de cylindre. Après quelques heures, les douleurs se ralentirent, et le travail durait depuis onze heures quand les membranes se rompirent : ce ne fut qu'alors que nous pûmes reconnaître la position. Une élève instruite toucha la femme et crut m'annoncer la deuxième position des lombes : je touchai effectivement la partie postérieure du

sacrum du fœtus, laquelle répondait en avant; mais en baissant le poignet et dirigeant le doigt suivant l'axe du détroit supérieur, je parvins à sentir l'anus.

Cependant, quelques minutes après, les douleurs s'éveillèrent et prirent beaucoup d'énergie. Je sentis quelque changement s'opérer dans la position du fœtus, et en effet, une demi-heure après, le coccyx s'était rapproché des pubis de la mère; les fesses se présentaient en plein dans le haut de l'excavation; bientôt la gauche se tourna en devant, la droite se jeta dans la concavité du sacrum, et une heure après la rupture des membranes, nous vîmes sortir spontanément une fille vivante et du poids de quatre livres environ. La mère ne ressentit, de cet accouchement un peu lent, aucune suite fâcheuse.

Voici encore une position inclinée également produite par l'inclinaison et de l'utérus et du fœtus en avant. L'enfant présentait ici la troisième position des fesses; mais, couché en avant par l'obliquité utérine, il offrait, au détroit supérieur, le côté postérieur de son extrémité pelvienne. Comme dans l'observation précédente, des douleurs énergiques relevèrent le fœtus, et la situation qu'on fit prendre à la mère (supination) ne fut pas d'un léger secours pour faciliter la réduction.

Cette réduction fut d'autant plus facile que, comme dans l'observation qui précède immédiate-

ment, l'enfant était d'un fort petit volume, que beaucoup d'eau avait humecté et ramolli les passages qu'un premier accouchement avait déjà rendu dilatables. Le volume du ventre était en effet dû à la grande quantité des eaux de l'amnios; le fœtus n'avait que le volume qu'il a d'ordinaire à pareil terme. On a pu remarquer que, malgré ces circonstances favorables, l'accouchement avait été plus lent ici que dans le cas dont on vient de lire la relation; ce retard doit être attribué à la position, qui nécessitait une rotation plus étendue et plus difficile, ainsi qu'il a été prouvé dans un des précédens numéros.

N° IX.

1re POSITION DES FESSES.

Application du crochet mousse.

Le 20 novembre 1819, une femme nommée Sel...r, assez robuste, et enceinte pour la première fois, arriva à l'hospice après avoir souffert chez elle pendant près de vingt-quatre heures. Les fesses se présentaient à peine *engagées* dans le détroit supérieur, les lombes à gauche et un peu en devant; les parties génitales (enfant mâle), considérablement tuméfiées, occupaient la partie postérieure et droite de l'excavation. L'utérus, violemment contracté, ne permettait pas de repousser le fœtus, et les fesses couvraient le détroit de manière à ne

permettre aucune tentative pour parvenir jusqu'aux pieds ; elles étaient encore trop élevées pour que je pusse avec avantage appliquer les doigts, recourbés en crochet, dans le pli des aînes. En conséquence je me décidai à employer le crochet mousse qui termine les branches du forceps : je le choisis bien ouvert et formant presque un angle droit avec la tige qui le supporte. Le mécanisme connu de l'accouchement naturel indiquait la nécessité de commencer l'application par l'aîne placée derrière l'éminence ilio-pectinée droite ; il me fut impossible de parvenir à y placer le crochet ; mais mes efforts firent descendre les fesses, et bientôt elles se trouvèrent assez profondément engagées pour que je pusse, avec avantage, agir sur l'aîne située vers le sacrum ; il me fut facile d'y appliquer le crochet et d'amener le fœtus au dehors ; mais l'enfant était si volumineux et la vulve si étroite que le périnée se déchira jusqu'à l'anus. L'enfant pesait plus de sept livres et demie ; il était mort, mais depuis peu : ses organes génitaux, et surtout les testicules, étaient tellement ecchymosés, qu'on les eût pris pour un caillot : la macération leur rendit leur apparence naturelle. Quant à l'articulation coxo-fémorale, elle n'avait nullement souffert.

La rupture du périnée nous donnait quelques inquiétudes qui nous déterminèrent à tenir la femme dans un repos prolongé, et à une diète assez rigoureuse. Pendant quatre à cinq jours elle n'eut aucune évacuation alvine ; après cette époque elle

eut plusieurs déjections liquides et qu'elle put retenir ou suspendre à volonté. Dès-lors nous fûmes tranquilles, et bientôt, en effet, cette femme quitta l'hospice, exempte de toute incommodité.

La première chose qui frappe à la lecture de cette observation, c'est la difficulté que les fesses éprouvèrent à s'engager, quoique s'étant tournées diagonalement au détroit supérieur : il faut en chercher la raison dans le volume considérable du fœtus, et sans doute dans l'étroitesse du bassin de la mère. Cette étroitesse n'était probablement pas assez considérable pour constituer par elle-même une affection morbide, mais sa coïncidence avec une position peu favorable, et le volume remarquable de l'enfant, mirent obstacle à l'accouchement naturel. Cet obstacle n'était pas de nature à résister aux efforts de l'art; de simples tentatives pour accrocher l'aîne tournée en avant suffirent pour engager les fesses et permettre d'agir, d'après nos principes, sur l'aîne située en arrière. Le crochet mousse fut destiné à cette opération; il fut introduit *à plat* dans la courbure du sacrum, et, parvenue à la hauteur de l'aîne, son extrémité recourbée fut tournée en avant par un mouvement de torsion imprimé à la tige; l'aîne fut ainsi accrochée et l'enfant bientôt extrait.

Le crochet que nous avions employé était bien ouvert; sa pointe n'avait pu porter directement sur

les parties molles de l'aîne ; elle n'avait donc pu rien blesser. Les tractions exercées sur le crochet avaient été aussi trop légères et trop bien ménagées pour avoir endommagé l'articulation coxo-fémorale. Malheureusement l'enfant avait trop long-temps souffert de la compression de l'utérus, et l'ecchymose, l'infiltration sanguine des organes génitaux, n'étaient pas la circonstance la plus fâcheuse dans son état physique. Le sang, *refoulé dans ses vaisseaux intérieurs par la compression simultanée de son placenta, de son cordon et de ses membres*, avait produit un état apoplectique, probablement avec épanchement dans l'intérieur du crâne. Les organes génitaux auraient pu sans doute revenir à leur état sain, puisque la macération les dépouilla du sang qui semblait combiné avec leur tissu.

Le volume considérable de cet enfant et peut-être la précipitation que nous mîmes dans les manœuvres destinées à l'extraire, déterminèrent la rupture du périnée. Cette précipitation est excusable, vu l'urgence d'une prompte terminaison. Nous espérions, en nous hâtant, sauver encore la vie du fœtus. La rupture, au reste, n'a eu aucune suite défavorable, et elle ne doit pas nous empêcher d'opposer ce fait à ceux que dit avoir observés Valle. Malgré le volume de l'enfant, nous ne voyons ici aucune lésion du col ou de l'orifice de l'utérus, aucun relâchement du vagin, et je ne doute pas que, si les circonstances nous eussent

permis d'agir avec plus de lenteur, le périnée lui-même n'eût été conservé intact.

N° X.

12e POSITION DIAGONALE DES FESSES (Sacrum en arrière).

Crochet mousse.

Une femme robuste, âgée d'environ dix-neuf ans, et enceinte pour la première fois, souffrait depuis vingt-quatre heures quand elle arriva à l'hospice (en 1820); elle était à terme, et l'orifice commençait à s'ouvrir; il était mou et dilaté du côté droit, rigide et non extensible du côté gauche. A travers les membranes on sentait une partie volumineuse et peu dure.

Quelques instans après son arrivée, les membranes se rompent, et les fesses s'engagent dans une direction telle que l'anus et le coccyx sont à droite et fortement portés en arrière. Une fois arrivées dans l'excavation, les fesses s'arrêtent et les douleurs cessent.

La vessie, fortement distendue, occupait tout l'hypogastre et même l'ombilic : on pensa que cette distension était cause de l'inertie; et, au moyen de la sonde, on se hâta d'extraire cette énorme quantité d'urine. En effet, quelques douleurs parurent alors; elles tournèrent le sacrum de l'enfant vers le côté droit du bassin de la mère, mais ne firent pas descendre davantage la totalité du fœtus.

La fesse gauche appuyait sur le coccyx et le périnée de la mère; la droite répondait à la vulve. L'indication était de tirer sur l'aîne gauche; mais les doigts produisaient peu d'effet : on leur substitua le crochet demi-circulaire du forceps de M. Dubois. On put alors tirer avec force; la femme, d'ailleurs, nous seconda de tout son pouvoir en poussant avec énergie : aussi l'enfant, quoique pesant environ six livres et demie, fut-il bientôt extrait plein de vie et de santé. Les parties génitales (mâle) s'étaient relevées vers l'abdomen et n'avaient point souffert; la fesse droite était tuméfiée et même excoriée; l'aîne gauche était ecchymosée; mais cette ecchymose n'a eu aucune suite fâcheuse. Quant à la mère, elle n'éprouva pas le plus léger accident; le périnée, vigoureusement soutenu, fut à peine entamé.

Cette observation nous offre un exemple semblable à l'un de ceux que j'ai précédemment décrits, c'est-à-dire, une position diagonale en sens inverse des positions indiquées comme primitives et franches par Baudelocque et ses imitateurs. Ici, le sacrum du fœtus était tourné en arrière, tandis que le plus souvent, dans les positions diagonales, il regarde en avant. Les efforts de la nature suffirent pour faire descendre les fesses et même déterminer leur rotation; l'emploi du crochet ne devint donc nécessaire que lorsque déjà les efforts de l'art devaient être dirigés suivant l'axe du dé-

troit inférieur : aussi fut-il appliqué sur l'aîne alors tournée en arrière, et produisit-il les effets les plus prompts et les plus avantageux.

Il est à remarquer que nous nous sommes servis ici d'un crochet courbe et demi-circulaire : c'est à cette forme que j'attribue la contusion et l'ecchymose. Ainsi conformé, le crochet peut porter *perpendiculairement* sa pointe sur les parties du fœtus, et quoique mousse, cette pointe peut blesser les parties génitales ou le tissu mou du pli de l'aîne; d'ailleurs, la forme courbe du crochet s'accommode mal à la rectitude du pli de la cuisse, et le crochet angulaire, dont je me suis servie dans une autre occasion, est, sous tous les rapports, bien préférable à l'autre.

Ce fait nous fournit encore une occasion de réfuter les observations de Valle, puisque les organes de la mère n'ont été endommagés en aucune façon, quoique nous eussions affaire à une première grossesse.

L'enfant lui-même a peu souffert, et ses organes génitaux ont été garantis même de l'ecchymose ordinaire en pareille circonstance; relevés au-dessus des cuisses, ils étaient hors de la portée du doigt, et certainement, si l'on avait cherché à reconnaître le sexe de l'enfant, on l'aurait pris pour une fille. Je fais cette remarque pour confirmer ce que j'ai dit dans les principes généraux, savoir qu'il ne faut pas avoir la prétention frivole d'annoncer ainsi aux parens le sexe de l'enfant qui va

naître : à toutes les raisons que nous avons apportées à l'appui de cette défense, ajoutons encore cette source d'erreur.

La fesse gauche a été fortement tuméfiée, et l'on en conçoit la raison d'après ce que j'ai exposé dans le premier volume : c'est que, surtout dans les derniers temps du travail, elle a été en rapport avec le vide de l'arcade des pubis.

Je termine par une remarque qui anticipe un peu sur ce que nous devons dire par la suite ; mais il en a d'ailleurs été déjà question dans le premier volume : c'est relativement à l'inertie amenée par la distension de la vessie urinaire : le retour des douleurs immédiatement après l'évacuation de l'urine semble prouver que l'inertie dépendait véritablement de son accumulation. La rigidité d'une moitié seulement de l'orifice utérin mérite aussi l'attention du lecteur, quoique ce fait, qui est fort rare, ne présente guère d'autre intérêt que celui de la curiosité.

N° XI.

1re POSITION DES FESSES.

Extraction par les pieds.

Louise G....ge, âgée d'une vingtaine d'années et enceinte de son premier enfant, monta à la salle des accouchemens le 14 floréal an 12, à trois heures après midi. Elle se plaignait alors de res-

sentir quelques douleurs dans l'abdomen et vers les lombes ; l'orifice, ouvert de huit à neuf lignes, ne laissait toucher qu'une poche membraneuse fortement tendue.

Toute la nuit, faibles douleurs. Vers le matin, ténesmes, efforts, et rupture des membranes. Il fut facile alors de reconnaître les fesses appuyant sur l'orifice encore peu ouvert, et engagées diagonalement dans le détroit supérieur, de telle sorte que le coccyx et le sacrum se trouvaient derrière la cavité cotyloïde gauche de la mère.

La dilatation augmenta fort lentement et ne fut complète que le 15 floréal à six heures du soir. En même temps, quoique les fesses descendissent à peine, les parties génitales du fœtus, considérablement tuméfiées, s'avancèrent jusqu'à se montrer hors de la vulve.

A huit heures, n'apercevant plus aucun progrès dans la marche du fœtus, j'introduisis la main droite dans la courbure du sacrum; je recourbai deux doigts en crochet sur l'aîne droite : c'était agir contre les principes que j'ai depuis mieux analysés et établis plus haut d'une manière rigoureuse : aussi je n'obtins rien de cette tentative ; je n'eus point l'idée de mieux diriger des efforts analogues à ceux que je venais d'essayer, et je me décidai sur-le-champ à aller saisir les pieds.

En conséquence, je retirai ma main droite et lui substituai la gauche : le pouce en avant et les autres doigts en arrière (relativement à la femme)

me servirent à repousser les fesses au-dessus de l'éminence ilio-pectinée gauche, de manière à m'ouvrir un libre passage, à rapprocher les pieds du centre du bassin, et à donner aux membres inférieurs un espace suffisant pour pouvoir être déployés sans obstacle. Le déploiement de ces membres et l'extraction ultérieure du fœtus n'offrirent aucune difficulté jusqu'à ce que la tête fût arrivée au détroit supérieur. J'eus beaucoup de peine à l'extraire, peut-être parce que je ne m'assujettissais pas assez strictement aux règles dont j'ai fait sentir l'importance. L'enfant était d'un volume ordinaire ; sa faiblesse était telle qu'il fut impossible de lui conserver la vie.

Délivrance facile et suites de couches heureuses, si l'on ne tient pas compte d'une légère fièvre inflammatoire.

A peine est-il nécessaire de faire remarquer au lecteur la raison pour laquelle on tarda si longtemps à procéder à l'opération : c'est la lenteur avec laquelle se dilata l'orifice, qui, pendant longtemps, resta trop étroit pour permettre l'introduction de la main. Cependant, lorsqu'elle fut complète, j'attendis encore deux heures, parce que les douleurs avaient quelque vivacité, et que le fœtus *paraissait* descendre. Je m'en étais laissé imposer sur le dernier point par la progression et le gonflement considérable des parties génitales. Les efforts par lesquels je commençai étaient, ai-je

dit, mal dirigés : en effet, les fesses n'étaient qu'à peine engagées dans le détroit supérieur, et en accrochant l'aîne placée en arrière, il m'était absolument impossible de diriger mes tractions dans le sens de l'axe de ce détroit.

J'ai dit aussi qu'en écartant les fesses du détroit supérieur, j'avais rapproché les pieds de l'excavation : en effet (surtout si, comme c'est le plus ordinaire, les pieds sont peu éloignés des fesses) on conçoit aisément qu'en portant ces parties vers un des côtés du bassin, de manière à ce que leur moitié sacro-coccygienne soit hors de l'aire du détroit, les pieds se trouveront fort voisins du centre de ce même détroit, et par conséquent, fort faciles à saisir.

Aussi l'opération fut-elle des plus faciles, du moins dans les premières manœuvres. L'extraction de la tête offrit seule des difficultés auxquelles il faut attribuer la mort de l'enfant : peut-être n'ai-je pas dirigé mes tractions assez fortement en arrière et en bas ; peut-être ai-je négligé de bien m'assurer que la tête s'engageait transversalement au détroit supérieur ; ma mémoire ne peut guère m'aider pour des faits aussi anciens et sur lesquels en ont passé tant d'autres. Sans doute cet enfant est né dans un état d'asphyxie apoplectique, et probablement un épanchement de sang s'était opéré dans le crâne.

N° XII.

1re POSITION DES FESSES.

Extraction par les pieds.

Le 5 juin 1817, à neuf heures du matin, arriva à l'hospice une femme sèche et bilieuse, âgée de vingt-trois ans, enceinte pour la première fois et à terme. Elle était réglée depuis l'âge de dix-sept ans, huit jours chaque mois.

A son entrée, elle ressentait depuis cinq heures les premières douleurs de l'enfantement. L'orifice utérin était épais, ouvert de six à sept lignes; les membranes bombaient avec force, et ne laissaient distinguer aucune partie du fœtus.

Nul progrès jusqu'à midi, époque de la rupture des membranes. Il fut alors possible de reconnaître les fesses, sans pouvoir, vu leur élévation, en déterminer au juste la position. Les douleurs s'accrurent, et l'orifice, dont l'ouverture n'avait guère d'abord qu'un diamètre de dix-huit lignes, acheva de se dilater. Bientôt les fesses s'engagèrent dans le détroit supérieur, et parvinrent dans la partie supérieure de l'excavation, ayant le sacrum tourné en avant et à gauche. Pendant trois heures elles en restèrent au même point. La femme était accablée; les douleurs s'affaiblissaient: c'est pourquoi, à quatre heures du soir, je me décidai à faire

terminer l'accouchement par une élève instruite (mademoiselle Brurot).

La main gauche fut choisie pour cette opération : la droite, appliquée sur l'abdomen, inclinait le fœtus vers l'excavation pelvienne, et fixait l'utérus. Les doigts de la main introduite furent placés, par le moyen d'une supination forcée, sur les deux hanches, et servirent à repousser l'extrémité pelvienne du fœtus vers l'éminence ilio-pectinée gauche. La main put alors glisser librement sur la face antérieure du fœtus, et saisir le membre inférieur droit, qui, placé vers les lombes de la mère, était étendu au-devant de l'abdomen et du thorax du fœtus. Ce membre, dégagé et retenu par un lacs, servit de guide pour la recherche de son congénère, qui fut aussi amené sans peine à la vulve. Je fis tirer alors plus particulièrement sur la jambe gauche, et diriger les tractions en bas et en arrière : de cette manière les hanches descendirent dans l'excavation. On continua ensuite les tractions en changeant de méthode, c'est-à-dire qu'on tira principalement sur la jambe droite, et en bas et en avant. Les hanches dégagées, on facilita la sortie du tronc en l'inclinant alternativement vers l'aîne droite et vers la fesse gauche de la mère. Ces mouvemens engagèrent les épaules dans l'excavation : *les bras étaient relevés sur les côtés de la tête.* On éleva d'abord le tronc pour dégager le bras droit, qui occupait la courbure du sacrum ; on l'abaissa ensuite pour dégager le bras gauche placé

sous les pubis. Celui-ci fut dégagé par la pression du pouce porté jusqu'au pli du coude, afin de déterminer la flexion du membre en devant.

La tête s'engageait diagonalement au détroit supérieur; on facilita ce mouvement avec deux doigts de la main gauche, qui, placés dans la bouche, tournèrent ensuite la face en arrière, et lui firent franchir le périnée; tandis que l'autre main relevait le tronc, et que l'occiput s'enfonçait derrière la symphyse pubienne.

L'enfant, du sexe féminin, pesait cinq livres; il est né faible, mais on l'a sauvé. La mère ne s'est trouvée incommodée en aucune manière, et elle nous a quittés quelques jours après, en santé parfaite.

Lorsqu'on veut extraire, en tirant sur les pieds, un enfant qui présente les fesses, on agit dans un sens tout-à-fait inverse à celui qu'on suit dans les autres positions. Loin de produire le pelotonnement du fœtus, on le déploie et on le redresse; mais ce mouvement ne peut jamais aller au-delà de la ligne verticale, et par conséquent on n'a pas à craindre les accidens qu'on produirait en tirant du côté du dos les membres inférieurs d'un fœtus qui présente la tête. Le déploiement qu'on opère ici ne pourrait que mettre le fœtus plus à l'aise, et cependant on remarque que, dans ces cas, l'accouchement offre autant de chances défavorables que quand on opère une véritable version avec pelo-

tonnement. Les enfans succombent aussi souvent à l'extraction par les pieds lorsqu'ils ont présenté les fesses que quand ils ont présenté l'épaule ou la tête. Cette remarque nous indique que le danger de la version, relativement à l'enfant, consiste moins dans le pelotonnement que dans *l'extraction* elle-même; elle donne plus de force à la théorie du refoulement du sang vers la tête par la compression successive de tous les points du corps qui, des pieds à la tête, traversent le vagin et la vulve.

Je ferai remarquer, dans la description du procédé opératoire employé dans le cas qui nous occupe, le mouvement de bascule imprimé au fœtus pour rapprocher les membres inférieurs de la main introduite. Ce mouvement était opéré par les deux mains à la fois : l'une, introduite dans le vagin, repoussait à droite l'extrémité pelvienne; l'autre, appliquée sur l'abdomen, repoussait à gauche l'extrémité céphalique du fœtus, de manière à lui donner une obliquité favorable à l'exécution des manœuvres ultérieures. C'est dans une combinaison bien entendue de plusieurs mouvemens souvent presque insensibles, et qui, seuls et isolés, seraient sans aucune puissance, que consiste essentiellement l'artifice des grands praticiens; c'est là ce qui leur donne l'aisance et la facilité d'exécution, et qui leur fait obtenir sans efforts les succès les plus étonnans.

N° XIII.

1re POSITION DES FESSES.

Extraction par les pieds.

Femme de vingt-trois ans; première grossesse; enfant à terme. Cette femme n'avait marché qu'à l'âge de quatre ans, affectée jusque là du vice rachitique. L'angle sacro-vertébral était facilement atteint par le doigt porté dans le vagin, et par conséquent il était présumable que le *bassin était resserré* d'avant en arrière.

Le 26 janvier 1818, après onze heures de souffrances, elle se présenta à la salle d'accouchement. Les membranes étaient rompues, et les fesses étaient arrêtées sur le détroit supérieur; le coccyx tout-à-fait à gauche. L'orifice utérin ne fut complètement dilaté que quatre heures plus tard, et alors je chargeai une élève d'aller à la recherche des pieds.

Mademoiselle Pivet introduisit la main gauche, et passa aisément entre les cuisses du fœtus et le côté droit du bassin. L'utérus contenait encore de l'eau, et cette circonstance lui donna la facilité de saisir à pleine main la jambe droite, qu'elle amena au dehors. Du reste, elle se conduisit absolument ainsi qu'il a été détaillé dans l'observation qui précède, et amena en quelques minutes un enfant de sept livres et demie, fort et bien portant. La mère

se rétablit parfaitement, et, en très-peu de temps, elle se trouva en état de quitter l'hospice, exempte de toute incommodité.

Le resserrement du bassin, bien reconnu d'avance, fut le motif qui nous détermina à recourir aussi promptement que possible à l'opération; en effet, si, dans les bassins les plus favorablement disposés, il arrive souvent que les fesses ne s'engagent et ne descendent qu'avec peine, on doit s'attendre, à bien plus forte raison, à des retards funestes dans la marche du travail lorsque le passage est rétréci par une cause quelconque.

Le bassin, resserré d'avant en arrière, peut avoir assez d'ampleur encore pour permettre aux hanches de passer l'une à droite et l'autre à gauche, le diamètre sacro-pubien du fœtus mesurant seul alors celui de la mère; mais si les cuisses se trouvaient relevées devant l'abdomen, ou si les hanches tendaient à s'engager, l'une en avant et l'autre en arrière, il est évident qu'alors un bassin ainsi déformé ne pourrait plus leur livrer passage. C'est ce qu'on prévient, autant que possible, en déployant les membres inférieurs, et en dirigeant convenablement les hanches du fœtus.

N° XIV.

1re POSITION DES FESSES.

Extraction par les pieds.

J. N., âgée de vingt-huit ans, réglée pour la première fois à quinze, lymphatique, grêle, mais bien portante, était enceinte pour la première fois, disait-elle, et parvenue au terme de la grossesse.

Le 31 juillet 1812, elle entra à l'hospice, à onze heure du soir; elle souffrait alors, et l'on reconnut que l'orifice commençait à s'ouvrir; les membranes tendues rendaient méconnaissable la partie présentée par l'enfant.

Le lendemain, à six heures du matin, on parvint, malgré cet obstacle, à distinguer la première position des fesses au détroit supérieur, les lombes à gauche et les cuisses à droite.

Douleurs nulles ou plutôt très-faibles, quoiqu'assez fréquentes. Le soir, à quatre heures, dilatation complète.

J'ordonnai alors à une élève ancienne (mademoiselle Lorillière) d'aller à la recherche des pieds. En conséquence elle introduisit la main gauche, et parvenue au-dessus du détroit supérieur, elle sentit les jambes croisées au-devant des fesses, de telle sorte que les talons étaient fort rapprochés des ischions du fœtus, quoiqu'un peu plus relevés. Elle saisit à la fois les deux membres, et déchirant les membranes dont ils étaient enveloppés, les amena tous deux sans difficulté au dehors. En un

instant les hanches furent à la vulve ; le flot de l'eau les entraîna avec rapidité. L'extraction du reste du tronc ne fut pas beaucoup plus difficile : seulement les bras demandèrent quelques précautions, à cause de l'étroitesse de la vulve. Cette même circonstance rendit plus difficile qu'on n'aurait pu le croire l'extraction de la tête. Quoique parvenue dans l'excavation, cette partie résista quelque temps à nos efforts. Cependant on parvint à l'extraire sans lésion du périnée.

L'enfant pesait six livres : c'était un garçon ; très-faible d'abord, il fut bientôt ranimé ; mais des convulsions l'enlevèrent le troisième jour. La mère a été atteinte d'une fièvre bilieuse ; elle est sortie en santé parfaite le vingt-deuxième jour après son accouchement.

Un des premiers points remarquables de cette observation, c'est le diagnostic auquel on est parvenu malgré l'intégrité des membranes. Nous avons dit ailleurs que, pour peu qu'elles fussent tendues, quand on a intérêt à les laisser entières, il faut bien se garder d'appuyer le doigt vers le milieu de leur poche, dans les recherches destinées à reconnaître la position du fœtus ; ce n'est que vers la circonférence qu'on peut, avec sécurité, continuer ses explorations. Or, dès qu'on a acquis des connaissances suffisantes pour donner une certitude presque complète de la présence des fesses (mollesse et rondeur de la partie, etc.), on peut très-ai-

sément en reconnaître la position en parcourant la circonférence de la partie présentée. On trouve alors, vers un de ses côtés, une région plus dure et plus inégale, qui appartient au sacrum; et quelquefois on peut distinguer très-bien encore la pointe du coccyx: du côté opposé on ne sent rien; il y a un espace vide, formé par l'intervalle des cuisses. C'est en procédant ainsi qu'on parvint, dans le cas dont il est ici question, à reconnaître la position qu'affectaient les fesses.

La lenteur du travail nous décida à opérer dès que la dilatation fut complète, et sans attendre que les membranes s'ouvrissent. Les jambes étant (comme c'est le plus ordinaire à pareille époque du travail) fort voisines des fesses, furent aisément saisies, et, à l'aide de l'eau qui s'écoula alors en abondance, amenées au dehors.

On a vu que l'étroitesse de la vulve avait rendu difficile l'extraction des bras et de la tête: cette étroitesse, en effet, gêne l'introduction des doigts de l'accoucheur, et quand ils sont introduits, elle en gêne encore l'action, et en diminue la force. Cette même étroitesse a nécessairement rendu plus forte la compression successive des diverses régions du fœtus, et refoulé plus abondamment le sang vers la tête : c'est sans doute ce qui a causé d'abord l'asphyxie apoplectique et, trois jours après, les convulsions qui ont fait périr l'enfant. Un épanchement de sang s'était indubitablement opéré à la surface du cerveau.

Dans cette observation, non plus que dans les autres, soit précédentes, soit suivantes, je n'ai point insisté sur les secours qui ont été administrés à l'enfant, ni sur le détail des symptômes et des accidens dont il a été victime. Ces objets sont jusqu'à un certain point étrangers à mon sujet, et on trouvera ailleurs mes opinions à cet égard (1).

N° XV.

1re POSITION DES FESSES.

Extraction au moyen d'un seul pied ; péritonite mortelle.

L. R., âgée de vingt-un ans, faible et lymphatique, réglée à l'âge de treize ans, six jours chaque mois, se disait, comme tant d'autres, enceinte pour la première fois; elle était parvenue à la fin du neuvième mois.

Le 10 septembre 1812, à six heures du soir, douleurs faibles, dilatation commencée, impossibilité de reconnaître la partie présentée par le fœtus.

Le 11, à sept heures du matin, orifice mieux ouvert, rupture des membranes; les fesses sont senties en première position au détroit supérieur; douleurs tout-à-fait suspendues. L'accouchement

(1) *Voyez* les Recherches sur les Maladies les plus importantes et les moins connues des Enfans nouveau nés, par Ant. Dugès, 1821.

artificiel, est décidé. Mademoiselle Laversin, élève ancienne, est choisie à cet effet; elle introduit la main gauche, repousse les fesses déjà engagées dans le détroit, et parvient, non sans peine, jusque vers la partie antérieure du fœtus: les jambes y étaient appliquées, déployées, nous dit-elle, dans toute leur longueur. Elle parvint à dégager la jambe droite en la fléchissant en dedans avec les précautions convenables; mais il lui fut ensuite impossible de retrouver le membre du côté gauche; l'utérus, resserré sur l'enfant, était dans cet état de crampe ou de contraction permanente dont j'ai parlé dans le premier volume, et qui n'est d'aucune utilité pour les progrès du travail, tandis qu'il augmente de beaucoup les difficultés et les dangers de l'accouchement artificiel.

Il fallut donc se contenter du membre extrait. On tira sur lui avec moins de désavantage qu'on ne l'aurait pu craindre, parce que les fesses s'étaient engagées dans le haut de l'excavation, à la suite des efforts de l'opératrice; j'aidai d'ailleurs bien puissamment à l'extraction en accrochant du doigt l'aîne gauche placée derrière les pubis. La jambe gauche ne se trouva libre que lorsque le thorax parut au dehors. Tout le reste de l'opération fut exécuté suivant les principes déjà vingt fois énoncés : seulement, au lieu de mettre les doigts dans la bouche, on les appliqua sur les côtés du nez.

L'enfant est né faible; il a été ranimé promp-

tement ; mais il est mort douze heures après, dans un état d'asphyxie apoplectique. C'était un garçon du poids de six livres.

La femme n'avait pas excessivement souffert ; ses organes n'avaient éprouvé aucun délâbrement notable, et pendant trois jours tout semblait augurer un prompt rétablissement. A cette époque, elle fut prise d'une violente pleuro-péritonite à laquelle elle succomba vingt jours après l'invasion. Les cavités des plèvres et celle du péritoine étaient remplies de sérosité puriforme et de lambeaux membraneux d'albumine concrète. L'intérieur des veines caves était d'un rouge foncé ; le cœur contenait beaucoup de sang en partie liquide et en partie coagulé.

N° XVI.

DEUX OBSERVATIONS DE PREMIÈRE POSITION DES FESSES.

Traction sur un seul pied.

I. Le 17 septembre 1812, à trois heures du matin, on nous apporta une femme en travail, et dont les eaux s'étaient déjà écoulées. Cette femme, âgée de vingt-trois ans, faible et lymphatique, était à terme, et disait être enceinte de son premier enfant. L'orifice commençait à s'ouvrir, et le fœtus était encore au-dessus du détroit supérieur, ce qui rendait presqu'impossible l'appréciation de la partie qu'il présentait. A onze heures du soir,

la dilatation était complète, et les douleurs nulles. Il devenait urgent de savoir à quoi s'en tenir sur la position du fœtus. Je touchai et je reconnus aisément les fesses dans la première position; elles s'étaient déjà engagées un peu diagonalement dans le haut de l'excavation. Je me décidai sur-le-champ à agir, et une élève nommée par le sort (mademoiselle Corvisie) introduisit la main gauche, chercha inutilement à repousser les fesses, puis trouvant un pied un peu au-dessus de l'ischion gauche du fœtus, elle le saisit et l'amena au dehors : c'était le pied gauche.

Ce fut en vain qu'elle voulut aller à la recherche du pied droit; le même obstacle qui l'avait déjà arrêtée dans ses premiers efforts l'arrêta encore cette fois. L'utérus, en contraction permanente, *ne permettait pas la rétrogradation du fœtus.* Nous nous contentâmes donc du membre extrait, avec d'autant plus de raison que, se trouvant vers la partie antérieure, il nous offrait un moyen facile d'agir dans la direction de l'axe du détroit supérieur : aussi les hanches occupèrent-elles à l'instant même l'excavation du bassin. L'utérus, en ce moment, stimulé sympathiquement par la distension subite du vagin et des organes génitaux externes, sortit de l'état de crampe dans lequel il était, et se contractant avec vigueur, chassa en un clin d'œil la totalité du tronc. Le membre inférieur du côté droit se déploya sur le devant du fœtus, et acheva de se dégager avec le thorax. Les

bras furent extraits sans peine, et la tête n'offrit pas plus de difficulté. L'enfant (fille) pesait cinq livres; faible d'abord il fut bientôt ranimé; la mère n'a ressenti aucune indisposition; elle est sortie, neuf jours plus tard, jouissant d'une santé parfaite.

II. Le 19 septembre 1815, un accouchement tout semblable fut opéré sous mes yeux par une autre élève (mademoiselle Barrière). L'utérus était ici moins contracté, et les fesses moins fortement engagées; mais, pour les raisons qu'on a vues plus haut, je me contentai du pied gauche, épargnant ainsi à la femme des douleurs, et à l'élève des fatigues inutiles. Cet enfant, comme l'autre, avait les jambes fléchies et les pieds très-voisins des fesses. Il est né plein de force et de vigueur, quoiqu'il pesât sept livres : c'était un garçon. La femme, il est vrai, en était à son quatrième accouchement : elle est sortie le huitième jour en pleine santé.

Dans le premier des deux cas relatés ci-dessus, le diagnostic n'était pas facile, surtout dans les premiers momens qui suivirent l'arrivée de la femme. Deux causes concouraient à le rendre obscur et difficile, l'élévation de la partie et l'étroitesse de l'orifice. Cette dernière disposition gêne en effet les mouvemens d'exploration; le doigt, introduit dans un orifice étroit, ne peut parcourir, sur la partie présentée par le fœtus, un bien grand espace, ni, par conséquent, trouver

des renseignemens bien exacts et bien complets sur la direction de cette même partie.

Aussi ce ne fut qu'après une entière dilatation que tous nos doutes furent dissipés : les fesses étaient d'ailleurs déjà descendues et, par conséquent, plus accessibles.

Je ne reviendrai pas sur la présence d'un pied au voisinage des fesses, sur la constriction permanente ou crampe de l'utérus, ni sur la détermination que nous prîmes de tirer sur un seul pied, parce qu'il était tourné en devant, etc. Tout cela a déjà été plusieurs fois répété, soit dans le texte du Mémoire auquel ces observations font suite, soit dans les réflexions jointes aux observations mêmes. On remarquera que les organes génitaux de la mère n'ont nullement souffert, quoique l'un des deux membres inférieurs fût étendu le long du corps du fœtus.

Dans ces deux observations, comme dans presque toutes les autres qui rapportent la naissance d'enfans vivans, j'ai omis de parler de l'ecchymose des pieds ou des fesses, et de la tendance qu'ont (après les accouchemens spontanés) les membres inférieurs à se relever au-devant de l'abdomen : ce sont des choses de trop peu d'importance pour que j'aie cru nécessaire de les noter avec soin ou même d'en faire la moindre mention, si ce n'est dans la relation de quelques faits qui présentèrent ces phénomènes portés à un degré d'intensité considérable.

J'ai souligné l'impossibilité du refoulement des fesses, refoulement qui n'est facile qu'autant que ces parties (comme on l'a vu dans la pluralité des observations qui précèdent celles-ci) ne sont point encore engagées, ni dans l'excavation pelvienne, ni même, comme elles l'étaient ici, dans le détroit supérieur.

N° XVII.

2e POSITION DES FESSES.

Extraction par les pieds.

Je fais grâce au lecteur de quelques autres observations semblables de point en point aux premières, et toutes avec une semblable proportion de succès et de désavantages. Les répétitions sont quelquefois utiles; mais aussi, multipliées sans raisons suffisantes, elles deviennent fatigantes et nuisibles. Pour éviter d'y retomber encore, contentons-nous d'un seul exemple relatif à la deuxième position.

Cet exemple nous est fourni par la nommée Hen...., femme de trente ans, forte, sanguine, réglée huit jours chaque mois dès l'âge de seize ans, et enceinte pour la deuxième fois.

Le 2 mars 1811, à dix heures du matin, premières douleurs puerpérales; à onze heures du soir, les membranes se rompent, et la femme se fait porter à l'hospice. L'orifice semblait peu ouvert; mais, épais et mou, il indiquait assez une dilatation antérieure, sinon complète, au moins fort

avancée. La partie présentée par le fœtus était fort élevée encore : on reconnut les fesses ; mais leur position ne put être déterminée. Jusqu'à deux heures du matin (3 mars), les douleurs s'accroissent et se rapprochent ; les fesses descendent un peu, et rendent à l'orifice son ampleur primitive : il ne fut pas difficile alors de sentir le sacrum et le coccyx derrière la cavité cotyloïde droite, etc.

Dès ce moment, suspension absolue des douleurs et des progrès du travail. A trois heures, l'opération est jugée nécessaire. Suivant l'usage, une élève en fut chargée (mademoiselle Boulerot) : elle introduisit la main droite, avec les précautions requises, repoussa les fesses vers la fosse iliaque droite, trouva le pied gauche en arrière et un peu au-dessus de la fesse correspondante, l'amena au dehors, et suivit le membre dégagé pour aller chercher l'autre, après avoir fixé le premier par un lacs.

Les deux pieds une fois à la vulve, je fis tirer plus particulièrement sur le droit, et les hanches vinrent occuper l'excavation. Je dirigeai alors principalement les efforts sur le membre gauche, et les hanches traversèrent la vulve un peu diagonalement, la droite passant sous la branche ischio-pubienne gauche, etc. Les deux bras furent dégagés suivant les règles ; la tête, engagée obliquement au détroit supérieur, fut extraite comme de coutume ; deux doigts, appliqués sur les côtés du nez, en facilitèrent la flexion, et nous eûmes

bientôt entre les mains une fille pesant six livres et pleine de vie, que la mère emporta quelques jours après, sans avoir éprouvé, pour son compte, le moindre accident.

Je ne pourrais guère joindre ici des réflexions nouvelles : tout a été dit à la suite des observations précédentes; je ferai remarquer seulement la manière dont je dirigeai les tractions après la sortie des pieds.

N° XVIII.

4e POSITION DES FESSES (procidence d'une main).

Extraction par les pieds.

C'est encore une première grossesse qui nous fournit cette observation; elle a pour sujet une femme robuste, âgée de trente-deux ans, réglée à douze, et perdant, de trois en trois semaines, pendant huit jours chaque fois. Cette femme, parvenue au sixième mois, s'aperçut d'une infiltration séreuse des membres abdominaux, laquelle ne fit que s'accroître jusqu'au terme de la grossesse. Dans le neuvième mois, survint une vive douleur à l'avant-bras droit; un phlegmon s'y développa, suppura et fut ouvert.

Le 18 mars 1814, à huit heures, commencèrent les douleurs puerpérales. Le toucher nous fit sentir un orifice fort épais, à peine ouvert, mais souple et dilatable, et, au-dessus de lui, les fesses dans une

position pour lors impossible à déterminer. Cette disposition de l'orifice indiquait une dilatation antécédente; et, en effet, nous sûmes que cette femme avait déjà beaucoup souffert, et que les membranes s'étaient rompues la veille à dix heures du soir.

Dans l'après-midi, les fesses s'étant un peu abaissées commencèrent à rouvrir l'orifice ; une main avait glissé au-dessous d'elles; leur position était encore un problème insoluble. Cependant la malade se plaignait d'une violente céphalalgie, qui ne diminua qu'après l'application de douze sangsues au cou.

Bientôt la dilatation fut complète; et les fesses restant à peine engagées dans le détroit, il fallut en venir à l'extraction.

Présumant l'existence de la première position, je conseillai à l'élève chargée d'opérer (mademoiselle Morin, du département de la Seine) d'introduire la main gauche en arrière. Complètement déroutée par une disposition toute différente de celle que nous soupçonnions, elle la retira sur-le-champ : ce fut alors qu'un examen attentif m'apprit que le coccyx était vers le sacrum de la mère, et les membres inférieurs en devant. L'utérus étant fortement oblique en avant, je cherchai à profiter de cette circonstance : je fis incliner la femme vers le côté droit, et je poussai de ce côté l'utérus. On sait qu'en se portant d'un côté ou d'un autre, ce viscère éprouve aussi un mouvement de torsion

qui porte la face antérieure vers le côté où il s'incline : aussi cette face antérieure, se tournant du côté droit, entraîna-t-elle un peu de ce côté les pieds du fœtus, sur lesquels le viscère était contracté. Il fut alors plus facile de les saisir avec la main gauche portée un peu en devant. Ces pieds étaient croisés au-devant du bassin du fœtus, en sorte que le gauche fut d'abord saisi, et extrait le premier ; l'autre fut ensuite atteint et amené sans peine. Je fis tirer sur le premier, et j'obtins ainsi le double avantage de diriger les tractions dans l'axe du détroit supérieur, et de tourner un peu en arrière la face antérieure du fœtus, de sorte que la hanche gauche se dégagea sous la branche ischio-pubienne droite, c'est-à-dire, comme dans la première position. Tout alla bien jusqu'à l'extraction de la tête ; mais alors les difficultés furent telles, que l'enfant périt avant l'extraction complète ; jusque là il nous avait donné, par plusieurs mouvemens, la certitude complète de son existence.

La mère a eu une fièvre catarrhale, mais point d'autre accident ; elle est sortie de l'hospice fort bien portante le vingt-quatrième jour de ses couches.

On ne sera pas tenté, je pense, de rapporter les incommodités qu'éprouva cette femme pendant sa grossesse (œdème, etc.) à la position du fœtus. Cette position, quand même elle existerait dès les

premiers mois, ne peut avoir aucune influence sur les organes de la mère qu'autant que l'utérus est vide d'eau. Le fœtus, pressant alors par une plus grande surface les organes de la femme, peut occasioner quelques incommodités : encore la mollesse des parties tempère-t-elle les effets de leur volume, et doit-elle rendre les accidens moins à craindre.

Ce qui prouve, bien plus encore, que les fesses ne pressaient point sur les passages assez fortement pour gêner les fonctions des nerfs et des vaisseaux pelviens, c'est la procidence d'une main au-dessous d'elles. Cet incident prouve qu'il restait encore, entre l'extrémité pelvienne du fœtus et le pourtour du bassin, un certain espace libre et vide.

La position qui existait ici est heureusement assez rare; elle rend plus difficile la manœuvre destinée à l'extraction des pieds, qui se trouvent alors en avant; il faut pour les atteindre que l'accoucheur baisse fortement le coude, et porte la main et l'avant-bras dans une direction *absolument* parallèle à celle de l'axe du détroit supérieur. Quelques soins, que j'ai détaillés ci-dessus, réduisirent cette position à une autre plus voisine de la première; et l'inclinaison latérale, imprimée en même temps au bassin de la femme, mit l'opératrice bien plus à son aise, et lui permit d'agir sans beaucoup plus d'efforts que dans la première position.

Je n'ai pas trouvé, dans les notes qui me restaient, de détails positifs sur la cause de la difficulté que nous éprouvâmes à extraire la tête du fœtus, et ma mémoire n'y saurait suppléer.

Pour ne rien perdre de ce qui peut fournir matière à réflexion, je ferai remarquer que cette femme était réglée à-peu-près tous les vingt jours. Les exemples de pareilles dispositions ne sont pas rares, et ils prouvent sans réplique la fausseté de cette vieille opinion, encore répandue parmi les gens du monde, que cette évacuation périodique est soumise à l'influence des révolutions lunaires.

N° XIX.

2e POSITION DE LA FESSE DROITE (procidence du cordon ombilical).

Version du fœtus.

Une femme sanguine et forte, nommée B....., menstruée fort irrégulièrement depuis l'âge de onze ans, mal portante dans les deux derniers mois de sa grossesse, arriva à l'hospice le 30 mars 1811, à sept heures du soir.

Six lignes d'ouverture à l'orifice; membranes tendues; la partie présentée par le fœtus fort élevée et inconnue; la vulve et le vagin étroits et résistans. (*Bain tiède.*)

Douleurs lentes et faibles; la dilatation ne fut complète que le 31 mars, à huit heures du soir.

J'ouvris alors les membranes, et je sentis d'abord une anse du cordon ombilical, reconnaissable à ses pulsations, et au-dessus, une partie mollasse, bornée par un bord osseux et par un sillon : c'était la fesse droite, circonscrite par la crête iliaque et le sillon périnéal : la hanche était donc presqu'au centre, et l'abdomen n'était pas loin.

Cette fesse était tellement disposée que le coccyx était à droite et un peu en avant, et la crête iliaque en avant et un peu à gauche ; il était donc évident que la position n'était autre qu'une deuxième des fesses altérée par une trop forte inclinaison du fœtus en avant : l'utérus, en effet, offrait une très-forte obliquité antérieure. Sans perdre de temps, je fis procéder à l'opération.

Mademoiselle Camus, désignée par le sort, introduisit la main droite, amena le pied droit, qui se trouvait croisé sur le gauche devant l'abdomen du fœtus, le retint au dehors au moyen d'un lacs, et alla à la recherche du membre gauche ; mais éprouvant des difficultés pour l'atteindre, elle se contenta, par mon ordre, de tirer sur le membre extrait : c'était effectivement le plus convenable, puisqu'il regardait en avant : aussi en peu d'instans eûmes-nous une fille vivante et du poids de sept livres. Une faiblesse passagère a cédé à nos secours, et la mère, parfaitement rétablie, l'a emportée quelques jours après.

Cette observation prouve la vérité de l'explica-

tion que j'ai donnée plus haut de la manière dont se produisent les positions dites des *hanches*. Elle fournit un exemple de ces positions qu'on aurait pu gratifier à volonté du nom d'*abdominales* ou de *coxales;* ce n'est d'ailleurs qu'un fait de plus à l'appui d'une théorie déjà prouvée par plusieurs des observations précédentes.

Les raisons pour lesquelles on s'est décidé à tirer sur un seul membre ont été déjà si souvent énoncées, qu'il serait fastidieux et ridicule d'y revenir encore.

N° XX.

1re POSITION DE LA FESSE OU HANCHE GAUCHE (jumeaux; procidence des mains).

Extraction par les pieds.

La femme n'était enceinte que de huit mois et demi; faible et valétudinaire, elle était plus mal portante encore que de coutume depuis le commencement de sa grossesse, et l'abdomen avait pris un volume considérable.

Le 7 mars, à huit heures du soir, commencèrent les douleurs de l'enfantement; l'orifice utéro-vaginal était en arrière et à gauche, à peine entr'ouvert. Cette disposition rendait impossible l'appréciation de la partie présentée par le fœtus.

Dans la nuit, les douleurs prirent une force nouvelle; à six heures du matin, la dilatation était com-

plète. A onze heures (8 mars), on sentit, à travers les membranes, les deux mains du fœtus précédant une partie volumineuse. Je rompis les membranes, et reconnus bientôt que cette dernière partie était la hanche gauche, ou plutôt la fesse gauche disposée de telle sorte que le coccyx était à gauche de la mère, la crête iliaque en avant, et le sillon périnéal en arrière. Cette situation était évidemment due à une première position des fesses altérée par l'obliquité du fœtus. Lui-même avait si peu de volume que la hanche s'engagea jusque dans le haut de l'excavation, malgré les efforts que je faisais pour la repousser, afin de saisir et de dégager plus facilement les pieds. Pendant cette lutte, la main gauche s'échappa dans le vagin; je la fixai au dehors au moyen d'un lacs, et j'allai prendre le pied gauche, qui, le premier, se présenta sous ma main. Je m'en servis avec avantage pour faire descendre et diriger convenablement le fœtus; le membre inférieur droit se releva devant l'abdomen et le thorax, et il se trouva dégagé en même temps que ce dernier: presqu'en même temps aussi sortirent l'épaule, et le bras gauche, que j'avais maintenu au dehors. Quant au bras droit, son dégagement fut aussi simple et aussi facile: en effet, la main droite s'était appliquée sur les lombes du fœtus; elle sortit avec elles, et il nous suffit de tenir le bras appliqué contre le tronc pour obtenir promptement le dégagement presque spontané de l'épaule droite comme de la gauche.

La tête offrit seule une résistance que les doigts introduits dans la bouche ne pouvaient parvenir à vaincre. En cherchant quel était l'obstacle qui nous arrêtait ainsi, je rompis les membranes d'un second enfant : la tête de celui-ci se trouva inférieure à celle du premier, en sorte que l'excavation était occupée à la fois par la tête du second et par le cou de l'autre : heureusement ces deux têtes étaient peu volumineuses, et les deux enfans furent extraits ensemble. Le premier, trop comprimé, n'a pas survécu à l'extraction ; le second vivait; mais il périt peu de temps après sa naissance. Quant à la mère, elle n'éprouva pas le plus léger accident.

L'enfant dont la naissance se rapporte surtout à notre objet, c'est-à-dire le premier né, était, avons-nous dit, d'un fort petit volume ; sa petitesse tenait à la fois et au terme peu avancé de la grossesse et à la présence d'un jumeau. Cette même petitesse a produit plusieurs effets remarquables : 1°. l'obliquité du fœtus plus considérable de beaucoup que celle de l'utérus, qui était saillant en avant plutôt à cause de son volume qu'à cause d'une inclinaison réelle ; 2°. la tendance de l'extrémité pelvienne du fœtus à s'engager dans le bassin malgré la main qui cherchait à la repousser. Cette tendance aurait pu peut-être déterminer une réduction spontanée, et par suite, amener un accouchement naturel ; 3°. la procidence complète d'une main,

circonstance dont nous profitâmes pour nous assurer le dégagement presque spontané d'une épaule, en fixant le membre au dehors; 4°. la facilité avec laquelle descendit le fœtus, quoique nos tractions fussent exercées sur un seul membre. Ce membre, il est vrai, était le plus convenable pour une semblable opération; mais un fœtus aussi petit aurait pu être extrait encore, sans grande difficulté, dans le cas contraire; 5°. la facilité avec laquelle les fesses traversèrent les passages malgré l'addition du volume d'une cuisse relevée à leur volume particulier; 6°. la sortie du bras droit en même temps que celle du tronc : une disposition semblable à celle qui existait ici aurait infailliblement produit, sur un fœtus plus volumineux, l'élévation du bras en arrière et son croisement sur la nuque; 7°. cette petitesse, jusque là si favorable, fut cause encore du dernier accident : elle permit à la tête de l'autre jumeau de s'engager dans le bassin avant que celle du premier fœtus y eût pénétré. Celle du second comprimant et allongeant fortement le cou du premier, détermina chez lui l'apoplexie et la mort. Le second avait peu souffert; mais il était naturellement si faible et si débile qu'on ne put entretenir la vie qu'on lui avait conservée.

N° XXI.

3e POSITION SACRO-COCCYGIENNE.

Accouchement artificiel.

Le 22 floréal an 7, nous reçûmes la nommée N. Ber....., enceinte pour la deuxième fois, et en travail depuis environ douze heures. Les membranes étaient rompues depuis dix, et l'enfant n'avait fait aucun progrès; il était resté constamment au détroit supérieur. La première chose qui nous frappa dans l'examen de cette femme fut une obliquité antérieure fort considérable de l'utérus, que le décubitus dorsal diminuait à peine.

Le toucher nous apprit que l'enfant présentait les fesses, ainsi que la sortie du méconium nous l'avait déjà fait présumer; mais le fœtus était tellement incliné en avant, que le sacrum, tourné de ce côté, occupait presque le centre, et que le doigt pouvait atteindre les lombes; on ne sentait même absolument que cette dernière région si l'on portait simplement le doigt selon l'axe du détroit inférieur: aussi la position fut-elle réputée *deuxième position des lombes* (BAUDELOCQUE). La longueur du travail, l'épuisement de la mère, la faiblesse des douleurs, l'état de constriction permanente de l'utérus et la mauvaise direction du fœtus, étaient des motifs bien suffisans pour nous déterminer à agir.

Je portai sur-le-champ la main droite dans l'u-

térus, et remontant entre les fesses et l'angle sacro-vertébral, je saisis à la fois les deux pieds, qui, croisés l'un sur l'autre, se trouvaient fort rapprochés des tubérosités sciatiques. L'accouchement dès-lors fut promptement et facilement terminé : cependant l'enfant était mort : c'était une fille de cinq livres et demie environ. La mère s'est bien rétablie.

Nous avons déjà eu un exemple analogue à celui-ci (n°. 8) : c'était également la coexistence d'une troisième position et d'une obliquité antérieure de l'utérus qui avait modifié et altéré ainsi la direction de l'enfant. Il ne faut pas ici perdre de vue la remarque que j'ai faite dans une note du premier volume, et que je rappelle dans le cours de cette observation ; savoir : que pour toucher une partie encore située au détroit supérieur, il faut porter le doigt dans l'axe de ce même détroit. C'est en négligeant cette précaution que les auteurs ont rencontré des positions des lombes là où ne nous trouvons qu'une position des fesses légèrement inclinées. Pour peu que les fesses s'engagent, même dans une troisième position franche, le doigt que vous dirigerez selon l'axe du détroit inférieur ira nécessairement heurter le sacrum ou les lombes de l'enfant, comme, dans une position du vertex, il irait toucher un des pariétaux (1).

---

(1) Telle a été la cause de l'erreur dans laquelle est tombé

N° XXII.

1re POSITION DES PIEDS.

Accouchement aidé.

Une femme robuste et bien faite souffrait depuis ouze heures, lorsqu'enfin les membranes se rom-irent (13 janvier 1820 , trois heures du matin). es pieds, dont la présence n'avait jusque là été uc soupçonnée, descendirent, les talons à gauche t les orteils à droite ; on facilita la sortie du fœtus n tirant sur le pied gauche dans la direction de axe du détroit supérieur. Ces mêmes tractions in-inèrent la hanche gauche du côté de l'éminence io-pectinée droite de la mère ; les parties s'enga-ièrent donc diagonalement, et, à l'aide de quel-ues douleurs , le tronc sortit tout entier : un bras ortit avec le thorax, et l'autre fut aisément dégagé. n'en fut pas ainsi de la tête ; elle résista pendant us de dix minutes aux efforts les plus violens, uoique dirigés autant que possible suivant l'axe u détroit supérieur. La mâchoire inférieure, sur quelle agissaient deux doigts de la main gauche, était seule abaissée, et le diamètre occipito-fron-l restait en rapport avec le détroit supérieur. Je

---

. Naegel (*Journ. compl. du Dict. des Sc. méd.*), quand a prétendu que, presque toujours dans l'accouchement turel, c'est un pariétal qui s'avance le premier.

soupçonne aussi, d'après les lésions que nous avons découvertes après la mort de l'enfant, que les tractions ont été dirigées un peu moins en arrière que ne l'exigeait la direction de l'axe de ce détroit, sans doute fort incliné en devant : car l'obstacle m'a paru dépendre du diamètre antéro-postérieur du bassin : or, en tirant la tête à peine engagée dans une direction trop perpendiculaire, on faisait appuyer le temporal gauche sur les pubis, et la bosse pariétale droite sur la saillie sacro-vertébrale : on s'opposait donc à son extraction.

La tête sortit brusquement dans un moment de repos, circonstance qui confirme encore les idées que j'exposais tout-à-l'heure.

L'enfant resta une demi-heure entière sans donner le moindre signe de vie. L'insufflation, les errhins (*vinaigre, ammoniaque, titillation des narines et de l'arrière-bouche avec une plume*), les bains, les frictions, les aspersions de vinaigre, les linges chauds n'avaient encore rien produit. Après trois quarts d'heure de soins, on aperçut quelques pulsations à la région du cœur; on insista sur l'insufflation, et l'enfant fut ranimé un quart d'heure après : c'était une fille d'environ sept livres.

Dans la journée, elle avala du lait qu'on fit rayer dans sa bouche, et se porta à merveille jusqu'au lendemain vers midi.

Alors commencèrent des convulsions avec sueurs et roideur des membres, dilatation des pupilles. (*Une grosse sangsue à la tempe gauche, deux*

médiocres à la droite : elles tirent une assez grande quantité de sang.) Pâleur, affaiblissement; les convulsions continuent; il s'y joint des sanglots passagers, et la mort survient vers sept heures du soir.

Le lendemain matin, j'examinai le cadavre, et voici les détails de l'autopsie.

La partie postérieure du tronc est violacée; tout le côté droit du crâne fortement ecchymosé, et les alentours infiltrés de sérosité jaunâtre. Un coup de scalpel, donné sur le péricrâne de la tempe droite, fait jaillir environ une demi-once de sang noirâtre, grumeleux et épais.

Le péricrâne est décollé du *pariétal droit*, et *cet os est séparé du temporal* dans toute l'étendue de son bord inférieur. Beaucoup de sang est épanché sous lui, et la dure-mère en est, de même que le péricrâne, entièrement détachée.

Les lobes postérieurs du cerveau, après avoir été mis à nu, se trouvèrent, ainsi que le cervelet, environnés d'une couche de sang noir et demi-concret.

Les poumons étaient pleins d'air.

Cette petite fille, dont l'histoire a déjà été publiée dans la thèse citée plus haut, avait un double utérus avec un seul vagin, et seulement aussi deux trompes et deux ovaires.

L'obstacle auquel j'attribue la difficulté que nous éprouvâmes à extraire la tête, est de nature à faire mieux comprendre ce que nous avons tant de fois

répété sur la différence qu'on doit apporter dans la direction qu'on donne aux manœvres pratiquées sur le fœtus, suivant qu'il est encore au-dessus du détroit supérieur, ou, au contraire, dans le bas de l'excavation pelvienne. Prenez un anneau d'un pouce de diamètre, et disposez-le parallèlement à l'horizon; vous y ferez aisément passer un cylindre d'un pouce de grosseur, si vous le dirigez perpendiculairement à l'horizon et par conséquent à l'aire de l'anneau, c'est-à-dire, si vous lui faites suivre exactement l'axe ou l'essieu de cet anneau. Inclinez, au contraire, votre anneau de manière à ce qu'il forme avec l'horizon un angle de 45 degrés; le cylindre, auquel vous conserverez la direction verticale, ne pourra plus le traverser, et l'anneau ainsi disposé ne livrera passage, dans cette direction qui coupe obliquement son axe, qu'à un cylindre d'environ neuf lignes; et plus vous augmenterez l'obliquité, plus vous serez forcé de diminuer le diamètre du cylindre, si vous voulez le faire passer constamment dans la même direction. Mais si vous inclinez votre cylindre autant que l'axe de l'anneau est incliné lui-même, alors il pourra le traverser librement en conservant sa première grosseur. Le détroit, c'est l'anneau; l'enfant est le cylindre. Le double obstacle se trouve, en pareil cas, à l'angle sacro-vertébral et aux pubis; dès que la tête a franchi l'un des deux, l'autre devient nul : c'est pour cela qu'elle s'est si brusquement précipitée dans l'excavation.

Cette observation est spécialement destinée à donner un exemple des soins qu'exigent les suites d'un tel accouchement, et des désordres auxquels il faut attribuer le pronostic fâcheux de ces sortes de cas. Je m'y suis arrêtée avec assez de détails pour me dispenser de plus amples réflexions sur ce sujet.

N° XXIII.

2e POSITION DES PIEDS.

Accouchement spontané; pleurésie et péritonite mortelles.

Après avoir parcouru sans accidens les huit premiers mois de sa première grossesse, Julie D...ge, femme robuste et âgée de vingt-deux ans, fut prise, vers la fin du neuvième mois, d'une douleur aiguë dans la région épigastrique, et en même temps des symptômes d'un violent catarrhe pulmonaire. C'est dans cet état qu'elle arriva à l'hospice le 18 pluviose an 10, à trois heures du matin. Elle souffrait depuis une heure, et les eaux s'étaient écoulées; l'orifice avait douze lignes d'ouverture; l'enfant présentait les pieds en deuxième position, c'est-à-dire, les talons à droite, etc. Les douleurs étant fortes et soutenues, la dilatation fut complète en une heure et demie. Les pieds s'avancèrent alors, poussés par les fesses, qu'il était facile de sentir un peu plus haut. Le pied droit se dégagea d'abord un peu diagonalement en

avant et à gauche; l'autre le suivit de près, et à peine les jambes furent-elles déployées, que la totalité du fœtus sortit brusquement. *Les bras sortirent avec le thorax*, et la tête ne rencontra aucun obstacle à son expulsion. L'enfant était peu volumineux; il vécut.

La délivrance fut simple; mais, six heures après l'accouchement, spasme violent avec dyspnée et céphalalgie insupportable; à cet état succéda une fièvre brûlante avec dyspnée plus considérable encore. Les anti-spasmodiques, les béchiques, les épispastiques ne changèrent rien à cet état. Le troisième jour, le pouls devint convulsif, et dans la nuit la malade expira.

Les plèvres et le péritoine étaient remplis de sérosité trouble et floconneuse, et tapissés de couennes albumineuses. Les veines de l'utérus contenaient du pus en abondance, et le fond de ce viscère adhérait au colon iliaque.

Que peut-on ajouter à cette observation? Le mécanisme de l'accouchement a été aussi simple qu'il peut l'être quand les fesses s'avancent les premières; elles étaient très-voisines des pieds, et constituaient la partie la plus volumineuse de l'extrémité pelvienne du fœtus, celle par conséquent qui devait seule déterminer les divers mouvemens du mécanisme. L'accouchement eut ceci de plus favorable, que les pieds, promptement dégagés, donnèrent une prise facile à nos efforts

pour diriger et attirer le tronc. Les cuisses n'étaient pas relevées au-devant du tronc ; mais les fesses étaient si basses que les genoux devaient être à leur niveau, et que la double épaisseur des cuisses et des jambes devait se joindre en partie à celle des fesses pour mesurer les diamètres du bassin. Heureusement l'enfant était petit. Cette observation prouve, ainsi qu'une des premières, que la disposition dont il s'agit (accroupie) n'est pas aussi fâcheuse que le veut croire Asdrubali.

N° XXIV.

1re POSITION DES PIEDS.

Extraction artificielle, enfant volumineux.

Bien portante pendant toute sa gestation, quoique d'une constitution assez délicate, Françoise Bun...., âgée de vingt-deux ans, et enceinte pour la première fois, se rendit à l'hospice le 8 pluviose an 10, à onze heures du matin.

Les douleurs étaient faibles; les bords de l'orifice utéro-vaginal minces, mais tendus, offraient une ouverture de six lignes ; les membranes bombaient assez fortement, mais pas assez pour empêcher de sentir et de reconnaître les pieds en première position, c'est-à-dire, les talons à gauche.

A deux heures après midi, rupture des membranes; la dilatation s'opère et se complète en peu de temps ; les pieds s'engagent dans le vagin, et bientôt paraissent à la vulve.

Les parties génitales étaient rigides et résistantes; les contractions utérines sans vivacité, et la femme sans énergie. Il fallut, en conséquence, se hâter de suppléer aux efforts insuffisans de la nature. On tira sur les pieds en suivant, autant que possible, les règles que nous avons établies; mais la grosseur de l'enfant, d'une part, l'étroitesse des parties génitales, d'autre part, rendirent l'extraction fort difficile; les hanches sortirent diagonalement de la vulve, et le tronc suivit la même marche: cependant le bras gauche, relevé entre la tête du fœtus et les pubis de la mère, ne put être extrait qu'après des efforts répétés: il fut dégagé cependant vers la partie antérieure du fœtus. La tête ne présenta pas moins de difficultés, et l'extraction n'en put être obtenue qu'après des tentatives qui durèrent cinq à six minutes.

L'enfant ne donna aucun signe de vie. Ce fut en vain qu'on chercha à le tirer de l'asphyxie apoplectique dans laquelle il naquit; il pesait huit livres.

La délivrance fut naturelle, et la mère se porta bien.

Il est à remarquer que, dans la pratique, les première et seconde positions des pieds paraissent, moins souvent que celles des fesses, affecter la direction diagonale. La raison en est que l'on peut reconnaître la présence et la direction des pieds avant que l'extrémité pelvienne se soit engagée, avant,

par conséquent, qu'elle ait exécuté la légère rotation qui constitue le premier mouvement du mécanisme.

L'étroitesse des parties génitales était un obstacle qui, à la fois, empêchait la sortie du fœtus et gênait nos manœuvres. C'est ce qui rendit si difficile le dégagement du bras gauche et de la tête, et qui causa la mort de l'enfant.

N° XXV.

1re POSITION DU PIED GAUCHE.

Accouchement artificiel, dépression au pariétal.

M. J. T. Lec....re, âgée de trente-deux ans, enceinte pour la deuxième fois et à terme, arriva à l'hospice le 18 thermidor, à sept heures du soir, ressentant les premières douleurs puerpérales.

Cette femme avait fait plusieurs chutes pendant sa grossesse : la dernière précéda de six jours l'époque de l'accouchement; les accidens furent prévenus par l'emploi de la saignée.

A son arrivée, l'orifice avait huit lignes de diamètre; les bords en étaient souples et minces. Les membranes paraissaient contenir beaucoup d'eau, et le fœtus, extrêmement mobile, ne présentait que des membres dont le contact fugitif était insuffisant pour permettre de porter un diagnostic sûr.

Pendant la nuit, contractions très-faibles. (*Bain tiède.*) Le matin, les douleurs augmentent, et la

dilatation s'achève ; les membranes bombent avec force. Dans un moment d'inertie, je touchai successivement une main, puis la tête, puis les pieds, et puis absolument rien.

Même état à dix heures du soir. Je rompis alors les membranes : une énorme quantité d'eau s'échappa, et le pied gauche se fit sentir ayant le talon à gauche. Je le saisis dans le vagin, et, suivant les règles établies (Voy. *Indications*), je tirai sur lui seul, parce que les hanches étaient encore au détroit supérieur, et que ce membre était en avant : l'autre se releva devant l'abdomen. Le tronc sortit sans difficulté. Cependant le bras gauche se trouva serré entre les pubis et la tête : le dégagement en fut très-difficile ; il fallut, pour l'opérer, abaisser d'abord fortement l'épaule, puis, avec les doigts portés jusqu'à l'articulation huméro-cubitale, faire passer le membre vers la partie antérieure du fœtus.

La tête, quoique dirigée transversalement, nous fit éprouver encore beaucoup de difficultés dans son extraction, soit que le bassin fût un peu vicié, soit que nos efforts ne fussent pas absolument dirigés suivant l'axe du détroit supérieur. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'après la naissance du fœtus nous trouvâmes une dépression considérable au pariétal droit, lequel avait appuyé sur l'angle sacro-vertébral.

Malgré cette lésion, l'enfant fut tiré de l'état de mort apparente dans lequel il était à sa nais-

sance; non-seulement il survécut, mais encore la dépression se dissipa, et à peine était-elle visible quinze jours plus tard. La mère n'éprouva pas le moindre accident à la suite d'un accouchement aussi pénible et d'une grossesse aussi fâcheuse.

Cette observation nous offre un exemple bien remarquable de ces cas dont j'ai parlé dans mon premier Mémoire, où le fœtus présente successivement à l'orifice presque toutes *les parties saillantes* de son corps. La grande quantité d'eau que contenait l'amnios était la cause de cette mobilité. Cette mobilité fut cause elle-même de la présentation d'un seul pied. Peut-être est-ce la même cause qui produisit la disposition irrégulière du bras, qui, relevé vers le dos, vint croiser la nuque, et dont l'abaissement fut, par cela même, si difficile. Ce bras, qu'une excessive mobilité du fœtus avait ainsi vicieusement dirigé, conserva cette situation défavorable quand une fois les membranes rompues eurent permis à l'eau de l'amnios de s'échapper en totalité. C'est la rapidité avec laquelle cette eau s'échappa de l'utérus qui probablement entraîna un pied au dehors, et sans doute, si l'accouchement eût été lent et graduel, l'enfant eût présenté les fesses.

Cet enfant a présenté une particularité bien intéressante : c'est cette dépression du pariétal occasionée par la saillie sacro-vertébrale, qui se

dissipa sans avoir produit aucun accident. Ce fait prouve que c'est moins la compression du crâne que le refoulement du sang dans les vaisseaux de la tête qui produit l'asphyxie apoplectique, les convulsions, etc. Ici, le refoulement n'a pas été assez considérable pour produire un épanchement; la dépression a bien occasioné l'asphyxie, mais une asphyxie passagère. Quant au redressement de l'os déprimé, c'est un phénomène bien remarquable sans doute, mais qui ne doit point étonner: on sait quels effets surprenans peuvent produire des efforts lents et faibles, mais continuels; l'expansion et le soulèvement perpétuel de l'encéphale suffisent bien pour produire ce changement, auquel se prêtent d'ailleurs fort aisément les fibres osseuses, dont l'élasticité n'est pas toujours complètement détruite; car il est rare qu'il y ait en pareil cas fracture complète, c'est-à-dire, avec fragmens tout-à-fait séparés.

N° XXVI.

1re POSITION DU PIED GAUCHE.

Accouchement artificiel.

M. L., âgée de trente-neuf ans, forte et sanguine, enceinte pour la huitième fois et à terme, ressentit les douleurs de l'enfantement le 17 décembre 1810, à quatre heures du matin, et peu après les membranes s'ouvrirent et laissèrent couler une très-grande quantité d'eau.

A huit heures, l'orifice offrait huit à dix lignes de diamètre; le fœtus, trop élevé, n'était point accessible à nos doigts. A midi, je sentis le pied gauche s'engager dans le vagin, le talon répondant à gauche et les orteils à droite. Chaque douleur, quoique faible, produisait l'expulsion d'une nouvelle quantité d'eau; l'enfant ne s'avançait pas cependant, et comme le pied descendu était le plus favorable à nos efforts, je n'hésitai plus à les exercer. Par le moyen de ces tractions, les hanches descendirent dans l'excavation en suivant l'axe du détroit supérieur, et en même temps, la gauche se tourna un peu à droite de la mère, de manière à se trouver sous la cavité cotyloïde droite. Le membre inférieur droit se releva au-devant du fœtus; tout le reste de l'extraction fut simple, facile, et opéré suivant les règles que nous avons posées. L'enfant vivait et pesait huit livres: c'était un garçon.

La mère avait peu souffert dans l'opération; mais la péritonite régnait alors épidémiquement dans l'hospice. Dans la nuit qui suivit l'accouchement, cette maladie se déclara chez M. L., et en trois jours elle devint mortelle.

L'abdomen était rempli de sérosité et de couennes albumineuses; l'utérus, du volume ordinaire à pareille époque, était parfaitement sain; mais le tissu amineux du repli utéro - pelvien du péritoine était infiltré; celui de la base du mésentère offrait une large ecchymose; la symphyse pubienne était

très-mobile, mais sans *écartement* des surfaces osseuses.

Quand un seul pied s'avance, c'est, avons-nous dit, presque toujours celui qui est en devant; l'autre est retenu par l'angle sacro-vertébral : c'est ce que confirme la présente observation. Un seul pied se présentant ainsi, peut fort bien descendre sans que l'extrémité pelvienne fasse le moindre progrès : c'est alors un simple déploiement du membre, et nous en avons encore ici la preuve. Il est plus rare que le même phénomène se produise quand les deux pieds se présentent à la fois; car alors les hanches ont autant de facilités pour descendre que les membres inférieurs pour s'étendre et se déployer.

Je ferai remarquer au lecteur la mobilité de la symphyse pubienne qui existait dans le cadavre de cette femme. On pourrait l'attribuer à la présence des fesses avec un membre inférieur relevé au-devant d'elles; mais, outre qu'il est difficile de croire que le bassin de la mère se distendrait plutôt que ne s'écraserait celui du fœtus, c'est une chose constante que cette mobilité des symphyses pendant la grossesse ou peu après l'accouchement. Il ne faut pas oublier qu'il n'y avait pas écartement, désunion, mais simple mobilité.

N° XXVII.

2e POSITION DU PIED DROIT.

Resserrement du bassin; extraction difficile; crochet mousse.

Cette fois encore nous avions affaire à une femme un peu âgée; elle avait vingt-huit ans; et actuellement faible et lymphatique, elle conservait des traces du rachitisme dont elle avait été affectée dans son enfance. C'était sa première grossesse. Elle arriva à l'hospice le 17 février matin, éprouvant depuis cinq heures les douleurs de l'enfantement. Les membranes étaient rompues, la dilatation presque complète; l'enfant présentait le pied droit, de telle sorte que le talon était à droite et les orteils à gauche; on atteignait aisément, du bout du doigt, l'angle sacro-vertébral, et j'estimai de deux pouces trois quarts l'étendue du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur : le compas d'épaisseur confirma ce premier diagnostic.

La jambe descendit bientôt dans le vagin: c'était la plus convenable à l'exécution de nos procédés opératoires, et par conséquent je tirai sur elle, et dégageai successivement, suivant les règles et sans grandes difficultés, les hanches, le tronc, le membre inférieur gauche relevé au-devant de l'abdomen et du thorax, et enfin les deux bras. La tête restait seule: quoique transversalement diri-

gée, quoique fléchie par deux doigts introduits dans la bouche, je ne pus venir à bout de l'extraire, même en appliquant la main gauche sur le haut du dos et sur les épaules. Une élève saisit les hanches, et nous renouvelâmes simultanément les tractions. Un craquement se fit entendre, et les vertèbres du cou menacèrent de se séparer. Considérant alors que ni le thorax ni le cordon ombilical n'offraient la moindre pulsation, ni les membres aucun mouvement; que les compressions les plus fortes ne produisaient aucune ecchymose, et que les parties extraites se refroidissaient aisément; j'en conclus que l'enfant était mort, et je me décidai à porter dans la bouche le crochet mousse du forceps, déterminée à perforer le crâne si ce dernier moyen ne réussissait pas. Nous n'eûmes pas besoin d'en venir à cette extrémité; la mère seconda nos efforts de toute son énergie : la tête franchit le détroit supérieur, et sortit presque aussitôt, et assez brusquement, de la vulve.

L'enfant, tout-à-fait privé de vie, pesait environ sept livres.

La mère s'est promptement et complètement rétablie.

L'obstacle qui s'opposait à la progression du pied situé en arrière était ici bien plus évident que dans les cas ci-dessus décrits, puisque le bassin était incontestablement resserré. Ce resserrement considérable doit être regardé comme la cause de

la mort du fœtus; il ne put résister aux violentes tractions que nous fûmes forcés d'exercer sur lui, ni à la compression exercée sur le crâne par un bassin aussi mal conformé.

Quoique le crochet mousse n'entame pas nécessairement les parties molles, cependant il me semble qu'il n'est pas prudent de l'appliquer sur la mâchoire d'un enfant vivant; les contusions et les déchirures qu'il peut produire doivent rendre très-circonspect sur son emploi en pareille circonstance.

L'enfant était volumineux; et cependant la mère, toute mal conformée qu'elle était, n'a éprouvé aucun accident à la suite de ce laborieux accouchement; nouveau fait bien propre à combattre les assertions de quelques auteurs méticuleux.

N° XXVIII.

4e POSITION DES GENOUX.

Accouchement artificiel.

M. Led.. arriva à l'hospice le 18 ventose an 8, ressentant depuis quelques heures les douleurs puerpérales. L'orifice, déjà bien ouvert, ne laissait sentir que la poche membraneuse tendue par des douleurs vives et soutenues. Après cinq heures de douleurs assez fortes, la dilatation se trouva complète et les membranes se rompirent :

je touchai sur-le-champ, et je trouvai les deux genoux déjà engagés dans le vagin. Sans perdre de temps, et profitant de l'eau qui restait encore, je déployai la jambe gauche, qui occupait la partie gauche du bassin; la droite sortit presque en même temps, et les cuisses étaient presque totalement au dehors lorsque je portai la gauche assez fortement en arrière, pour imprimer au tronc un mouvement de rotation qui tourna le sternum vers la partie postérieure de la mère, et en même temps pour le faire descendre dans la direction de l'axe du détroit supérieur. Ce mouvement s'opéra sans difficulté; l'eau qui coulait encore facilita les glissemens, et prévint le déplacement des bras; de ceux-ci le gauche sortit avec le thorax derrière la branche ischio-pubienne droite; l'autre se releva vers la tête. Ces deux parties furent aisément dégagées suivant les règles exposées ailleurs. La mère et l'enfant se trouvèrent dans l'état le plus favorable, et les suites de cette opération furent aussi heureuses que possible.

Je me contente de cette seule observation sur les positions des genoux. Le mécanisme, les procédés opératoires et le pronostic ne diffèrent en rien de ce que nous avons énoncé pour les positions des pieds et des fesses. Dans tous les faits semblables qui se sont présentés à l'hospice, ou bien on a confié à la nature le soin de tout terminer, ou bien on a promptement dégagé les mem-

bres inférieurs. Rien n'est plus facile et plus simple qu'un semblable dégagement, et dès-lors tout est semblable à ce qui se passe dans l'accouchement par les pieds.

Ve MÉMOIRE.

Positions de l'Épaule.

ARTICLE PREMIER.

Définition, Division.

Nous voici parvenus aux deux derniers genres des positions admises dans ma classification. Ces deux genres ne peuvent être séparés dans une description générale; car toute généralité applicable à l'épaule droite l'est également à la gauche, et les différences sont si faciles à établir, qu'en faire deux Mémoires séparés, serait se condamner à des répétitions continuelles.

Celui que nous commençons en ce moment comprendra donc tout ce qui est relatif à l'une et à l'autre épaule; on y trouvera aussi tout ce qu'on peut dire des régions latérales du tronc, et même des positions du thorax et du dos, ainsi que nous l'avons fait prévoir dans notre premier Mémoire, et surtout dans notre tableau général des positions. Je vais retracer ici la partie de ce tableau qui a trait au sujet qui nous occupe actuellement.

GENRES VIe et VIIe.	ESPÈCES.		VARIÉTÉS.
ÉPAULES	gauche. droite.	1re position : tête à gauche. 2e position : tête à droite.	1°. Diagonales.
			2°. Inclinées : acromiales. cubitales. claviculaires. scapulaires.
			3°. Avec procidence du bras.

On voit que je n'admets ici que deux positions cardinales pour chaque épaule, et ces positions répondent à la troisième et à la quatrième de Baudelocque, dénominations que je conserverai, comme je l'ai fait pour la face, afin de ne point jeter la confusion dans la mémoire des élèves. Je n'admets que des positions *transversales* de l'épaule, parce que jamais je n'ai trouvé les positions antéro-postérieures. Celles qui leur ressemblaient le plus n'étaient que des positions *diagonales* (en prenant pour base la longueur du tronc) dans lesquelles jamais la tête ou les hanches du fœtus ne s'avançaient ou ne reculaient au-delà de l'éminence ilio-pectinée, ou de la symphyse sacro-iliaque. Ces positions diagonales, qui peuvent être produites par l'épaule droite comme par la gauche, qui peuvent avoir pour type une troisième ou une quatrième position (Baudelocque), constituent la première division des variétés. Les divisions suivantes ne sont pas moins communes à l'une et à l'autre épaule, à l'une et à l'autre position.

C'est dans la deuxième division que se rangent toutes les positions décrites dans les auteurs comme des positions franches du cou, du thorax, de l'abdomen même. Ainsi les positions *acromiales*, c'est-à-dire, celles dans lesquelles l'acromion ou le sommet de l'épaule se trouve à-peu-près au centre, ont été probablement regardées comme des positions des parties latérales du cou. Les positions *cubitales*, c'est-à-dire, celles dans lesquelles le coude, supposé appliqué aux parties latérales du tronc, est situé vers le centre du détroit supérieur, ont pu mainte fois être désignées comme positions des côtés, du ventre, des hypochondres, etc. Les positions *claviculaires*, c'est-à-dire, celles dans lesquelles, l'épaule étant au détroit, le tronc se trouvait incliné un peu en avant, ont été nommées *positions du thorax*, comme les positions *scapulaires* ont été prises pour des positions du dos. Une légère inclinaison du tronc suffit pour produire ces changemens, et cette inclinaison n'est point rare. (Peu, pag. 395; Mauriceau, obs. 655.) Mais l'épaule est toujours là; c'est elle qui sert de guide, de point de mire, si l'on peut parler ainsi; c'est elle qui sert de base aux indications. Aussi, tout en admettant la possibilité de la présentation des autres régions des parties latérales, MM. Gardien et Capuron ont-ils traité, sous un seul chef, des indications et des procédés applicables à toutes ces régions, toujours en prenant l'épaule pour prototype. Nos motifs sont plus puissans encore,

puisque nous n'admettons pas l'existence réelle des positions de l'oreille, du côté du cou, du flanc et de la hanche (Voy. *p. des fesses*), mais seulement des *approximations*. Nous verrons plus bas quelles sont les raisons anatomiques qui donnent aux épaules du fœtus cette prérogative, à l'exclusion des régions voisines.

La troisième division des variétés comprend seulement la sortie du bras : ici se rapportent toutes les modifications dont nous venons de parler sous le nom d'*espèces* ou de *variétés*, avec cette modification de plus, que le bras s'est déployé, et que la main se présente ou dans le vagin ou au dehors. Ce phénomène, si commun dans les positions de l'épaule, doit être bien distingué de la procidence du bras au-dessous de la tête et des fesses, véritable accident dont l'histoire doit être jointe à celle des accidens en général.

Le dégagement du bras est presque constant dans les positions de l'épaule abandonnées à elles-mêmes ; mais il modifie les indications sans les changer tout-à-fait : il méritait donc d'être mis au nombre des variétés. Le déploiement du bras a produit le plus grand nombre des positions dites du *bras* ou de la *main*, dont nous trouvons des exemples dans les anciens auteurs ; mais ils ne l'ont pas toujours distingué de la *procidence* (1)

(1) *Voyez* seulement, pour exemple à ce sujet, l'observation 290 de Delamotte.

du membre supérieur. Je le répète encore, la procidence n'est qu'un accident, une complication des positions de la tête ou des fesses, tandis que le dégagement du bras est un phénomène essentiellement lié à la présence de l'épaule, et ne peut être considéré que comme une variété de ses positions.

ARTICLE II.

Fréquence absolue et relative.

Nous comprendrons dans cet article la comparaison des positions de l'une ou l'autre épaule aux autres positions, la comparaison des positions de l'épaule droite à celles de la gauche, de la troisième position à la quatrième, et enfin des variétés aux espèces, et des variétés entre elles.

Le tableau du premier volume nous offre soixante-huit positions des épaules, sur 15,652 accouchemens : c'est à-peu-près une sur 230. De ces 68, l'épaule droite en a fourni 38, et la gauche seulement 30 ; 28 seulement ont été rapportées à la troisième espèce (B.), et 40 à la quatrième. Dans le tableau annexé au présent volume, les proportions ne sont pas très-différentes. Ainsi 22,243 accouchemens ont fourni 118 positions de l'une ou l'autre épaule, ce qui fait à-peu-près une sur 188. De ces 118 positions, 65 appartiennent à l'épaule droite, et 53 à la gauche ; 60 à la troisième position (B.), et 58 à la quatrième. Cette

dernière proportion seule diffère beaucoup de celle que nous a donnée le premier tableau.

De ces calculs, faits avec la plus grande exactitude, nous pouvons tirer quelques conclusions générales, plus curieuses, il est vrai, qu'utiles pour la pratique. 1°. L'épaule se présente à-peu-près une fois sur deux cents accouchemens; 2°. l'épaule droite s'offre un peu plus fréquemment que la gauche; la troisième position un peu moins peut-être que la quatrième, ou plutôt elles se présentent en proportions à-peu-près égales; car je me fierais plus volontiers au deuxième tableau qu'au premier; celui-ci se trouvant appuyé sur des faits moins nombreux et presque totalement effacés de ma mémoire (1). On remarquera d'ailleurs qu'il doit exister une sorte de compensation entre ces deux espèces prises collectivement pour les deux épaules. Nous verrons, en effet, plus bas (*Causes*) qu'il existe des raisons très-positives pour que la troisième de l'épaule gauche et la quatrième de l'é-

---

(1) Je réponds de l'exactitude du dernier tableau; il a été dressé par moi-même d'après un scrupuleux dépouillement des registres de madame Lachapelle. Dans la composition de ceux du premier volume, madame Lachapelle avait été aidée par quelques élèves, et je n'ai fait qu'en rectifier la distribution : j'y soupçonne une erreur : je crois que le nombre attribué à la troisième position de l'épaule droite doit être rapporté à la quatrième, et réciproquement.

(*Note de l'Éditeur.*)

paule droite soient plus rares que leurs opposées, ainsi que le démontre le deuxième tableau.

Quant aux variétés, je ne pourrais donner à cet égard que quelques considérations assez vagues : en effet, vu le peu d'importance que j'attache à l'existence de ces variétés, je n'ai point cherché à les fixer dans ma mémoire, ni à les mettre en parallèle avec les positions franches, ni à les comparer entre elles. Voici cependant ce que peuvent me fournir mes réminiscences. Les diagonales bien prononcées sont assez rares : cependant on les a rencontrées quelquefois, et j'estime approximativement leur fréquence, relativement à celle des cardinales, comme de une sur trente. Parmi les positions inclinées, celles du côté du cou (*acromiales* (1) sont les plus rares ; les plus fréquentes sont les *cubitales*.

Quant aux *claviculaires* et *scapulaires* (2), il est si facile de se tromper dans leur appréciation (voy. *Diagnostic*) que je ne saurais dire au juste si l'une de ces variétés est plus ordinaire que l'autre ; la région scapulaire me paraît pourtant avoir été plus souvent à la portée du doigt explorateur. La sortie du bras, que nous regardons comme constituant une variété des positions de l'épaule, est extrêmement fréquente ; elle est presqu'inévitable après la rupture des membranes, surtout dans

(1) *Voyez* SMELLIE, pl. 34.

(2) *Idem*, pl. 32.

les positions *cubitales*. Dans les recueils d'observations, vous trouverez un grand nombre d'exemples de la présence du bras, et un fort petit nombre d'exemples de la présence de l'épaule : cette différence n'a pas été aussi sensible dans ma pratique, et je crois pouvoir, sans présomption déplacée, l'attribuer à un diagnostic plus sûr. Une longue expérience m'a mise à même d'apprécier les caractères distinctifs de la présentation de l'épaule, même (dans beaucoup de cas) avant la rupture des membranes. Elle m'a appris à ne point attendre alors de la nature des secours qu'elle ne pouvait nous donner ; à substituer à l'inutilité de ses efforts les ressources de l'art : par conséquent, une multitude de cas qui, pour des personnes peu sûres de leur fait, seraient à la longue devenus des présentations du bras, n'ont été pour nous que des positions franches de l'épaule, parce que nous n'avons laissé au bras ni le temps ni la possibilité de se dégager. Une autre raison de la rareté des positions franches de l'épaule dans les recueils des observateurs, c'est cette accumulation de positions du dos, des flancs, du cou, etc. Nous avons déjà dit quelque chose de cet abus, et nous insisterons plus bas sur les causes qui ont tant de fois induit en erreur des hommes d'ailleurs fort habiles. (Voy. *Diagnostic*). Si j'exclus de mes calculs les femmes *apportées* à l'hospice après la rupture des membranes, si je ne les base que sur les faits observés dans

toute leur étendue à la maison d'accouchement, je trouverai que la présence du bras déployé ne se remarque pas plus d'une fois sur vingt, et qu'elle ne se remarque guère que dans les variétés cubitales : c'est alors ce qu'on peut nommer variété *primitive*, puisque le bras se déploie même *avant la rupture des membranes*, et que la main se présente libre et flottante dans la poche qu'elles forment.

ARTICLE III.

Causes.

Quoique l'on ne puisse aisément reconnaître les causes qui déterminent le fœtus à présenter telle ou telle région, on conçoit cependant que certaines secousses extraordinaires puissent changer la direction naturelle du fœtus, et amener accidentellement une position vicieuse. Je vais rappeler ici ce que les auteurs nous offrent d'intéressant à ce sujet, et ce que j'ai pu moi-même observer dans ma pratique.

Une des premières causes prédisposantes est sans doute la petitesse et la mobilité du fœtus : il me semble, en effet, que la présentation de l'épaule se remarque plus fréquemment dans les avortemens que dans les accouchemens à terme. L'obliquité de l'utérus, déterminant le plus souvent celle du fœtus, doit encore être considérée

comme une cause prédisposante très-réelle, et nous en aurons, par la suite, plus d'une preuve.

Quant aux causes déterminantes, les seules dont on puisse se rendre compte sont toujours fortuites et accidentelles. Ainsi, c'est à une violente commotion, à une vive secousse, ou à une suite de secousses répétées que l'on a le plus souvent attribué ces positions fâcheuses. Tels sont les voyages en voiture, comme en font foi les observations 282, 292 et 308 de Mauriceau; l'exercice du cheval, comme l'atteste Amand, page 203; une chute produite par le renversement d'une voiture (Portal, obs. 20); enfin même une frayeur subite (Mauriceau, obs. 493). Toutes ces causes, en effet, peuvent déranger la situation naturelle au fœtus. Quelques faits que j'ai observés semblent prouver cette possibilité. Je me contenterai d'en citer deux exemples, dont les détails seront exposés ci-après. Tous deux se sont offerts dans le cours de l'année 1821. Une des deux femmes, touchée dix jours avant l'accouchement, offrait incontestablement, à l'orifice utérin, la tête du fœtus; l'orifice, alors entr'ouvert, et les membranes peu tendues, permettaient de s'en assurer sans le moindre doute. Dès qu'elle ressentit les premières douleurs, on pratiqua de nouveau l'opération du toucher; mais on ne put atteindre aucune partie du fœtus, et ce ne fut qu'en rompant les membranes pour aller chercher les pieds qu'on reconnut la troisième position de l'épaule

droite. L'autre femme souffrait déjà à son arrivée, et l'on ne sentait qu'à peine ou même point du tout le fœtus à travers les membranes ; l'utérus était en obliquité latérale droite, et les parois abdominales, assez minces, permettaient, dans l'intervalle des douleurs, de s'assurer que l'enfant était incliné parallèlement à l'utérus. On fit coucher la femme sur le côté gauche, et l'utérus se réduisit, sans doute avec l'enfant. Les membranes se rompirent, et le fœtus fut senti, transversalement placé, offrant une épaule au centre, et les fesses du côté gauche, incliné, par conséquent, ou couché dans un sens tout-à-fait opposé à celui dans lequel on l'avait senti d'abord. Cette première direction excluait, de toute nécessité, la présence de l'épaule, à moins que ce ne fût celle de l'épaule du côté opposé : il a donc fallu, pour présenter celle-ci, que le fœtus exécutât un mouvement, ou plutôt subît un déplacement très-étendu.

Ceci posé, il ne sera pas difficile de rendre raison de la cause qui amène l'épaule au centre préférablement à toute autre région de la partie latérale du fœtus. Baudelocque l'avait déjà reconnue : c'est la saillie qu'elle forme et les dépressions qui l'environnent. Comment le côté du cou pourrait-il rester au-dessus du détroit supérieur, sans que le moignon de l'épaule descendît au centre ? De toute la face latérale du fœtus, l'épaule est la région la plus saillante ; c'est donc celle qui a le plus de tendance à s'enfoncer dans l'excavation,

soit que le bras se déploie, soit qu'il reste appliqué contre le tronc.

Maintenant, pourquoi l'épaule droite se présente-elle plus fréquemment que la gauche? c'est ce que nous allons examiner en même temps que les causes de la fréquence plus grande de la troisième position pour l'épaule droite, et de la quatrième pour la gauche. Auparavant, parlons des causes qui rendent les positions transversales si communes, et les antéro-postérieures tellement rares que je n'ai jamais pu en rencontrer une seule. On en trouve l'explication dans l'ampleur du grand bassin considéré d'un côté à l'autre. Une position antéro-postérieure ne pourrait se produire qu'à la faveur d'une énorme obliquité antérieure (*voy.* MAURICEAU, obs. 8 : peut-être en était-ce une) : encore cette disposition ne rendrait-elle possible que les deuxièmes positions de Baudelocque, les fesses étant supposées projetées en avant dans le sac formé par l'utérus fortement oblique. Voilà pourquoi les observations rapportées par les auteurs ne font mention de presqu'aucun exemple de ces positions, qu'on n'a admises que pour compléter un système, pour régulariser un cadre. M. Gardien semble l'avoir senti, et avoir voulu pallier ce vice de classification, en mettant au deuxième rang les positions antéro-postérieures, et les transversales au premier.

S'il est vrai que les positions de l'épaule dérivent le plus souvent d'un déplacement du fœtus, on ne devra point s'étonner que le plus souvent sa face

antérieure regarde les lombes de la mère. En effet, nous savons que, dans la situation la plus ordinaire de toutes, le fœtus a le visage tourné en arrière : or, on conçoit qu'une obliquité latérale, aidée d'une légère secousse, puisse incliner le fœtus, porter la tête dans la fosse iliaque et l'épaule au centre, en laissant du reste le visage tourné en arrière. Il faudra des accidens graves, des secousses violentes et répétées pour que le visage se tourne en avant : de là vient que la troisième position est plus ordinaire à l'épaule droite, et la quatrième à l'épaule gauche, car dans ces deux positions seulement, le visage du fœtus regarde en arrière. D'après cela il nous est facile aussi d'indiquer pourquoi l'épaule droite se présente plus souvent que la gauche : c'est que l'obliquité latérale droite de l'utérus est plus fréquente que la gauche; que, par conséquent, le fœtus est plus souvent penché vers le côté droit, et que, si le visage est tourné en arrière, c'est la présence de l'épaule droite que cette inclinaison favorise. Toutes ces particularités, en apparence minutieuses, accoutument à reconnaître les procédés suivant lesquels agit la nature, et puisque c'est toujours dans ces procédés naturels que nous devons puiser nos règles de conduite, on ne saurait trop insister sur tout ce qui peut leur servir d'éclaircissemens (1). Cet article

(1) Quoique j'aie cherché à répandre partout, même aux dépens de l'élégance du style, l'ordre et la clarté,

est déjà assez étendu pour que je me hâte de le terminer : je me contenterai de dire, relativement aux variétés des positions de l'épaule, qu'elles peuvent être produites par des degrés divers dans l'inclinaison latérale de l'utérus (les inclinées), ou par une direction plus ou moins voisine de l'obliquité antérieure (les diagonales) (1).

ARTICLE IV.

Mécanisme.

Pour nous mettre à même de bien concevoir ce qui se passe dans certains cas de terminaison spontanée des accouchemens où l'enfant présente l'épaule, il est nécessaire de nous faire une idée exacte de sa disposition, de son attitude dans l'utérus.

Le lecteur se rappellera d'abord que, dans la troisième position (de Baudelocque, première de ma classification) de l'une ou de l'autre épaule, la tête du fœtus est à gauche, et à droite dans la quatrième; que, par conséquent, sa face antérieure

---

cependant ces détails pourront fatiguer l'attention des lecteurs qui n'ont pas l'habitude de ces sortes de choses. Un bassin et un fœtus, mis sous leurs yeux, leur sauveront la difficulté de ce travail intellectuel.

(1) On doit penser, d'après ce qui précède (p. 187, lig. 18), que les diagonales les plus ordinaires sont celles dans lesquelles la tête est un peu en arrière et les fesses un peu en devant; et c'est aussi ce que l'expérience a confirmé.

regarde les lombes de la mère dans la troisième de l'épaule droite, etc., etc.

Il ne s'agit ici que de l'attitude générale ou de ce qui est commun à toutes les positions.

Le fœtus présentant l'épaule conserve-t-il l'attitude (indépendamment de ses rapports avec la mère) qu'il a dans les positions du vertex ou de l'extrémité pelvienne? Voilà la question principale. Je pense que cette attitude est altérée dans toutes les positions de l'épaule, mais à des degrés différens. L'épaule ne peut s'engager dans le détroit supérieur sans que la tête se renverse vers l'épaule opposée, et que l'extrémité pelvienne se relève un peu du même côté. *Le fœtus, en effet, n'est jamais couché en travers*, ainsi qu'on le répète tous les jours; il peut être plus ou moins *obliquement* dirigé, mais jamais *horizontalement*. Il suit de là que, 1°. plus l'épaule sera engagée, plus l'attitude sera altérée; 2°. moins l'obliquité utérine sera considérable et plus l'extrémité pelvienne sera relevée, plus l'attitude sera par conséquent altérée; 3°. plus l'utérus sera contracté (vide d'eau), plus il tendra à se redresser et à relever l'extrémité pelvienne, et conséquemment à altérer l'attitude du fœtus. Ce qu'il faut déduire de tout cela, c'est que *l'extrémité pelvienne est toujours plus élevée que le reste du tronc* (1), *la tête y comprise*, et c'est une

(1) *Voyez*, pour vous en convaincre, les deux excellentes figures de Smellie, pl. 32 et 34.

circonstance importante à connaître, tant pour bien concevoir le mécanisme de l'accouchement naturel, que pour se diriger dans la recherche des pieds. Beaucoup de praticiens ont remarqué avec raison que les pieds semblaient souvent aussi profondément placés dans les positions de l'épaule que dans celles du vertex (MAURICEAU, tom. I, pag. 310), circonstance qu'on ne peut expliquer que d'après la disposition que nous venons d'indiquer.

Passons au mécanisme de l'accouchement naturel. Denman, accoucheur anglais, est le premier qui ait posé en principe la possibilité de l'accouchement spontané dans toute position quelconque (tom. II, pag. 308), et particulièrement dans les positions de l'épaule, pourvu, dit-il, qu'on ne dérange point, par des manœuvres inconsidérées, la marche de la nature. On a vu, en effet, bien des fois le fœtus présentant l'épaule expulsé par les seuls efforts de la mère; mais plusieurs de ces enfans étaient de vrais avortons qui pouvaient s'échapper dans toutes les directions possibles. (ASDRUBALI, t. III, p. 139; GARDIEN, ouvr. cit.) C'est le mouvement par lequel peuvent s'échapper des fœtus volumineux et à terme que Denman a bien reconnu et bien décrit (tom. II, pag. 302) : c'est ce qu'il appelle *évolution spontanée* : il en cite trente exemples : pour moi, je n'en pourrais compter qu'une vingtaine (*voyez* les tableaux), dont les deux tiers ont pour sujets des fœtus nés avant terme. On en trouvera peu d'exemples dans les auteurs : cependant

j'en connais quelques-uns dont les détails sont rapportés dans les *Bulletins de la Société médicale d'émulation* (n° 26, pag. 315), dans la *Bibliothèque médicale* (tom. XVI, p. 410), etc. Ce mécanisme ne commence jamais qu'après la rupture des membranes, et souvent après le ramollissement putride du fœtus: alors l'utérus, en se contractant, agit principalement sur l'extrémité pelvienne, qui, comme nous l'avons vu tout-à-l'heure, est la partie la plus élevée du fœtus. Cette partie ainsi déprimée enfonce vers l'excavation l'épaule et la poitrine; mais la tête ne s'engage pas, et par conséquent le fœtus ne peut sortir dans cette attitude. L'abdomen, d'ailleurs, cède davantage à la pression; sa mollesse le rend susceptible de s'accommoder aux ouvertures du bassin; il s'enfonce plus aisément dans l'excavation, et force la poitrine d'en sortir pour remonter du côté où d'abord était la tête. L'abdomen, une fois engagé dans l'excavation, entraîne facilement l'extrémité pelvienne, toujours poussée par la contraction de l'utérus; cette extrémité s'enfonce dans le bassin, les fesses s'avancent vers la vulve, et l'enfant naît comme si l'extrémité pelvienne se fût présentée de prime-abord.

Remarquez que, pendant toute la durée de ce mécanisme, les fesses du fœtus sont les parties sur lesquelles l'utérus agit avec plus de force et d'énergie, d'abord à cause de leur élévation, et ensuite à cause de leur continuité avec le tronc. En effet, à mesure que la poitrine se relève, la tête

se relevant aussi, finit par être au niveau des fesses, et par conséquent soumise également à l'effort de l'utérus; mais cet effort, brisé par la mobilité du col, ne repousse point le thorax, et d'ailleurs, je le répète, les parties les plus molles ayant plus de facilité à s'enfoncer dans l'excavation, l'abdomen en chasserait encore la poitrine quand même il y aurait, des deux côtés, une impulsion à-peu-près égale.

Il est facile de concevoir que les variétés cubitales sont singulièrement favorables à ce mécanisme : aussi n'a-t-il presque jamais été observé qu'après la sortie du bras.

ARTICLE V.

Diagnostic.

Le diagnostic des positions de l'épaule est généralement fort difficile, tant pour ce qui regarde la partie même que pour sa direction. En effet, l'épaule offre peu de caractères distinctifs bien tranchés, et tantôt on a pu la prendre pour la tête; tantôt, et plus souvent, pour les fesses. (Mauriceau, obs. 447.) Une autre cause contribue encore à faire tomber plus aisément dans l'erreur, ou du moins à embarrasser beaucoup : c'est la difficulté avec laquelle l'épaule s'engage, et l'élévation à laquelle elle se trouve toujours. Avant la rupture des membranes, cette élévation même peut souvent être regardée comme l'indice de la pré-

sence de l'épaule. Si l'on ne sent rien dans les membranes, à quelque hauteur qu'on porte le doigt, ou si l'on n'y sent que des membres mobiles, il est probable qu'on a affaire à l'épaule; mais si ces membres flottans sont surmontés d'une surface plus volumineuse, alors le diagnostic est bien plus incertain; car on peut, à pareille hauteur et les membranes étant intactes, croire que c'est la tête qui se présente avec le bras au-dessous d'elle, ou bien que ce sont les fesses précédées d'un membre inférieur. La possibilité du premier de ces deux cas est même parfois confirmée par un examen plus attentif et porté plus loin; il arrive quelquefois qu'on peut sentir le côté du thorax, mais qu'il n'est possible de parcourir qu'un seul espace intercostal, et l'on peut très-bien alors prendre cet espace pour une suture. Ces cas douteux ne s'éclaircissent guère qu'après la rupture des membranes. Avant cette rupture, il n'est aucun autre signe valable, et l'on ne doit point compter sur celui qui résulterait de la forme de la poche membraneuse. On a prétendu que cette poche était en forme de cylindre quand le bras se présentait (Leb. Ducoudrai), et de forme elliptique quand l'épaule approchait du détroit supérieur (Plenck, Stein, etc.). L'existence de cette dernière forme est appuyée sur une explication assez spécieuse : l'enfant placé en travers distend, dit-on, transversalement l'utérus; il tiraille d'un côté à l'autre l'orifice, et le rend, ainsi que la

poche qui en sort, plus large d'un côté à l'autre que dans le sens opposé. Mais nous avons vu que l'enfant, quoiqu'oblique, n'était pas *couché* en travers : d'ailleurs le tiraillement ne pourrait toujours avoir lieu qu'après la rupture des membranes.

Madame Boivin (*Mémor. de l'Art des Acc.*, 2e édit.) remarque que la dilatation de l'orifice s'opère toujours avec beaucoup de lenteur : cela est vrai, et la difficulté avec laquelle l'épaule s'enfonce explique assez cette lenteur; mais on sent combien ce symptôme est peu valable pour l'établissement du diagnostic. Ce n'est donc qu'après la rupture des membranes que l'exploration, au moyen du doigt, peut donner une certitude complète à toute personne expérimentée.

Les caractères distinctifs de l'épaule sont la tumeur arrondie formée par son sommet, le bord saillant que présentent en devant la clavicule et en arrière le scapulum, le pli de l'aisselle, et surtout le bras, au-dessus duquel on peut quelquefois sentir le côté du thorax, reconnaissable à la série de saillies et d'enfoncemens parallèles produite par les espaces intercostaux et les côtes, série appréciable au toucher, même chez les fœtus doués du plus fort embonpoint. Voilà pour la partie même : je me contente d'indiquer ces caractères, les détails vont suivre.

Il faut à présent indiquer les moyens de reconnaître à quel côté du corps appartient l'épaule qui se présente, et quelle en est la position. La

dernière question doit passer avant l'autre, parce que la solution en est toujours plus facile, et qu'elle est possible, quelquefois même lorsque celle de la première ne l'est pas.

Ainsi, dans une position bien franche, le bras traversant le bassin d'un côté à l'autre, il n'est pas difficile de distinguer, d'un côté, le moignon de l'épaule et l'acromion avec la clavicule et l'omoplate, et de l'autre côté, le coude et le pli du bras: il est donc évident que, sans savoir à quelle épaule on s'adresse, on peut prononcer pour la troisième (coude à droite) ou pour la quatrième position (coude à gauche).

Au contraire, dans une position franche (et si l'on ne peut atteindre au pli du bras), on n'a guère, pour caractères distinctifs de l'épaule droite et de la gauche, que la différence de la saillie claviculaire à la saillie scapulaire, et que la différence de la surface antérieure du thorax à la postérieure. Or, ces signes sont si insuffisans que quelquefois, malgré la plus grande expérience, ils mettent l'explorateur en défaut : l'épine de l'omoplate forme effectivement, comme la clavicule, une saillie transversale. On remarquera pourtant que la clavicule est plus longue, plus saillante et plus courbée que l'épine de l'omoplate ; que le bord antérieur de l'aisselle est plus saillant et plus mince que le postérieur; qu'à la face antérieure de la poitrine, les côtes ne sont masquées que par des muscles, tandis qu'en arrière on trouve le scapulum.

Quelquefois le diagnostic est rendu plus facile par l'existence de certaines variétés, comme nous l'allons voir à l'instant. Je ne parle point des *diagonales* : leur diagnostic ne diffère en rien des positions franches.

Les *acromiales*, loin de faciliter le diagnostic, tendraient à le rendre plus difficile, car c'est le bras qui donne les principaux caractères, et il est alors éloigné du centre ; le côté du cou et le pli de l'aisselle sont les signes auxquels on pourra reconnaître à laquelle des positions cardinales se rapporte la variété acromiale.

Par les raisons opposées, les positions *cubitales* rendent le diagnostic bien plus aisé. Le coude, bien senti, bien apprécié, suffit seul pour faire reconnaître et l'épaule, et le côté auquel elle appartient, et sa direction. En effet, le coude est toujours opposé à la tête ; il est toujours à droite dans la troisième position, et à gauche dans la quatrième. L'avant-bras, qui lui fait suite, étant constamment replié au-devant du bras, il est évident que cet avant-bras est tourné vers le sacrum de la mère, dans la troisième position de l'épaule droite et la quatrième de la gauche, et vers les pubis dans les positions contraires.

Ainsi, je le répète, un coude bien apprécié suffit seul au diagnostic ; mais il n'est pas toujours facile de le bien distinguer. La partie avec laquelle le coude a le plus d'analogie, c'est le talon. En effet, le pied peut se présenter avec les fesses, et

ces dernières passeront pour le thorax, si le talon est pris pour le coude; la tubérosité du calcanéum sera prise pour l'olécrâne, les malléoles pour les tubérosités ou condyles de l'humérus, et le pied pour l'avant-bras. Le premier moyen d'éviter l'erreur, c'est de suivre du doigt la longueur des membres. A partir du point anguleux, qui peut être le coude ou le talon, vous suivez la partie la plus menue et la plus mobile : si c'est l'avant-bras, il est anguleux, arrondi, et terminé par un nouvel article qu'on reconnaît quelquefois aisément pour la main; si c'est le pied, il est aplati, large, et terminé par la rangée des orteils; il est d'ailleurs beaucoup plus court que le membre auquel il s'attache et qu'il côtoie ordinairement d'assez près. Le deuxième moyen, c'est de bien apprécier l'angle lui-même. Le coude est bien plus aigu; les tubérosités latérales en sont fort rapprochées, et leur saillie, comme leur volume, sont beaucoup moins considérables que ceux des malléoles; enfin, le pli qui surmonte l'angle articulaire est demi-circulaire et très-convexe. Au pied, il est presqu'horizontal et beaucoup moins profond qu'à l'avant-bras.

La dernière des variétés que nous avons admises rend le diagnostic bien plus sûr encore : c'est la sortie du bras (Gardien). C'était autrefois presque le seul signe auquel on reconnût la présence de l'épaule, et c'est à l'ignorance dans laquelle restaient les anciens accoucheurs lorsque ce signe leur manquait, que nous avons attribué leurs re-

lations ambiguës de positions du dos, du ventre, du cou, etc. En effet, ne connaissant rien à la situation du fœtus, ils introduisaient la main pour l'extraire, et selon que cette main une fois introduite arrivait directement ou non sur telle ou telle région du tronc, ils attribuaient à cette partie les difficultés du travail, et croyaient qu'elle s'était présentée puisqu'ils l'avaient sentie la première; mais ils oubliaient fort souvent, ou plutôt ne connaissaient point (avant DEVENTER et LEVRET) la différente direction des axes, et pour peu que la position fût inclinée vers le dos ou vers le thorax (du fœtus), leur main, introduite dans la direction de l'axe du détroit inférieur, rencontrait le milieu du dos ou du thorax, etc., etc. Voilà l'explication que nous avions promise à l'article des causes.

Quant au bras sorti, il n'est pas toujours un signe certain de la présence de l'épaule, et c'est une distinction de la plus haute importance que celle du *dégagement* simple ou déploiement quand l'épaule se présente, et de la *procidence* du bras au-dessous des fesses ou de la tête. Il n'est ordinairement pas difficile de constater lequel de ces deux accidens on a sous les yeux: le doigt, en suivant le bras jusqu'à l'aisselle, s'en assure aisément.

Le bras dégagé indique sur-le-champ quelle est la partie qui s'avance; mais on en déduit quelque autre chose encore, par exemple, la direction de cette même partie. Le bras, dans l'état ordinaire

et pendant sur les côtés du corps, se trouve dirigé de telle façon que la paume de la main regarde en dedans et le pouce en avant. En conséquence, la main droite (sortie de la vulve) dont le pouce regarde le clitoris, et dont la paume touche la grande lèvre gauche, indique une quatrième position de l'épaule droite. Cet exemple suffit pour faire voir comment, de la direction du bras, on peut déduire celle du tronc. Mais la main est très-mobile; elle est susceptible de mouvemens de supination et de pronation qui en changent tout-à-fait la direction; en conséquence on a conseillé, avec beaucoup de raison, de se méfier de ce qu'elle indique, et de s'en rapporter plutôt à la disposition du coude. (Madame Boivin, 2e édition.) Mais l'humérus lui-même est susceptible de rotation; le bras peut éprouver une torsion analogue à la supination et à la pronation de la main : donc il est plus sûr encore de porter le doigt jusqu'au tronc, et de baser son diagnostic sur la disposition des côtes, de l'aisselle, de la clavicule et du scapulum. Quoi qu'il en soit, c'est toujours un très-grand avantage que de savoir lequel des deux membres s'avance : sur cette connaissance est fondée, dans certains cas difficiles, le choix du procédé opératoire; on ne doit donc pas hésiter à se procurer cette connaissance en dégageant l'avant-bras et la main, pourvu que la chose soit facile et que ces parties y soient disposées (positions cubitales).

Le membre sorti a servi encore à une autre

partie du diagnostic, c'est-à-dire, à la détermination de la vie ou de la mort du fœtus. C'est une mauvaise méthode que de juger, par l'état de ce bras, de l'état général de l'enfant; le pouls, dont Dionis recommande l'exploration, est suspendu, même chez le fœtus le plus vif, par la constriction de l'orifice utérin, et masqué par la tuméfaction du membre : ce membre peut d'ailleurs être ecchymosé, paralysé, sphacélé même, sans que le fœtus ait péri, ainsi qu'il conste d'après des observations nombreuses rapportées dans les auteurs, et que nous citerons à l'occasion du traitement.

ARTICLE VI.

Pronostic.

Le pronostic des positions de l'épaule est beaucoup plus fâcheux que celui des autres positions du fœtus, si l'on considère l'accouchement comme étant abandonné aux seules forces de la nature. Si on le considère comme soumis à l'art, il devient presqu'aussi favorable que celui des positions de l'extrémité pelvienne. Abandonnée à la nature, une semblable position ne peut être suivie d'un accouchement spontané qu'après un travail tellement long que la mort du fœtus est presqu'inévitable; il faut attribuer cet effet fâcheux moins à la gêne de l'attitude et à la flexion du cou (comme le pensait Ant. Petit) qu'à la gêne de la circulation placentale et à la constriction générale exercée

par l'utérus une fois vide d'eau. Sur les trente cas d'évolution rapportés par Denman, trois seulement ont produit des enfans vivans, et sans doute encore étaient-ce des enfans très-faibles et presqu'abortifs, comme tous ceux que j'ai vu naître vifs après avoir présenté l'épaule. Un travail aussi long et aussi pénible entraîne nécessairement des accidens très-graves chez la mère, des accidens tels que la mort peut même précéder l'accouchement, soit que la matrice se rompe (Guillemeau, page 204; Fabrice de Hilden, centur. iv, obs. 57), soit que l'épuisement des forces ou la péritonite soient les seules causes de la mort. L'accouchement naturel n'exclut même pas cette terminaison funeste; le plus souvent, d'après ce que j'ai pu voir, l'évolution spontanée ne s'achève que dans les derniers momens de la vie; ce sont les derniers efforts d'une mère agonisante qui expulsent un fœtus ordinairement putréfié, et ces efforts sont suivis d'un collapsus mortel. Dans les cas mêmes où la mère survit à tant de souffrances, ce n'est qu'avec un délabrement considérable des organes génitaux internes ou externes, ainsi qu'on pourra s'en faire une idée d'après une des observations qui vont suivre.

Mais l'art vient presque toujours au secours de la nature dans ces sortes d'accouchemens, et le pronostic devient celui de l'accouchement manuel, toujours moins favorable que le spontané. C'est surtout relativement au fœtus que ce pronostic est

lors défavorable. Les cent dix-huit positions de l'épaule, relatées dans le tableau annexé à ce volume, ont produit soixante-trois enfans vivans, dix-sept faibles, dix abortifs ou difformes et non viables, et enfin vingt-huit morts : de ces cent dix-huit accouchemens, douze seulement ont été spontanés, et c'est à eux que se rapportent les dix avortons. Dans les tableaux du premier volume, on trouve des proportions analogues quoiqu'un peu plus favorables : soixante-huit positions de l'épaule y donnent quarante-sept enfans vivans, sept avortons et quatorze morts. Huit de ces accouchemens avaient été spontanés, et les soixante autres artificiels.

Il suit de là que, dans une maison bien dirigée, comme peut l'être une école semblable à la nôtre, le pronostic des positions de l'épaule est plus fâcheux encore que celui des positions de l'extrémité pelvienne, puisque les dernières ont donné cinq cent quatre-vingt-un enfans bien vivans, sur huit cent quatre ($= 5\frac{1}{16} : 7$), et celles de l'épaule seulement soixante-trois, sur cent dix-huit ($= 3\frac{11}{15} : 7$). Mais il faut remarquer que, dans une maison comme la nôtre aussi, on reçoit souvent des femmes dont le travail a duré long-temps, chez lesquelles on a fait déjà des tentatives pour terminer l'accouchement, et dont le fœtus est par conséquent presqu'assurément mort (1).

(1) Sans cette considération on pourrait conclure du pa-

Toutes les positions de l'épaule, qu'elles appartiennent à la droite ou à la gauche, doivent offrir peu de différences dans leur pronostic, puisque toutes offrent les mêmes difficultés pour l'accouchement naturel, et que toutes requièrent le même procédé opératoire : cependant la troisième de l'épaule gauche et la quatrième de l'épaule droite présentent plus de difficultés dans la terminaison de l'accouchement, à cause de la situation des pieds du fœtus, qui, regardant la paroi antérieure de l'utérus, sont atteints avec plus de peine par la main de l'opérateur. Introduite nécessairement dans la direction de l'axe du détroit inférieur, cette main ne se dirige que difficilement en devant; ses mouvemens sont plus pénibles, plus incertains et plus lents. Ajoutez à cela que le fœtus a, dans ces mêmes cas, une tendance manifeste à sortir la face en devant, puisque telle est sa disposition dans l'utérus : on n'évite cette circonstance défavorable qu'en produisant la rotation du tronc à mesure qu'on l'extrait, et cette rotation détermine souvent le croisement d'un bras sur la nuque, accident d'où naissent de nouveaux retards, de nouvelles difficultés, et, par conséquent, de nouveaux dangers

---

rallèle qu'il vaut mieux, *autant que possible*, abandonner à la nature les positions pelviennes; car les terminaisons spontanées devraient être regardées comme la seule cause de la différence du pronostic toute favorable aux positions pelviennes.

pour l'enfant. Aussi voyons-nous dans le tableau (n° 2 *bis*) que la troisième position de l'épaule gauche et la quatrième de l'épaule droite ont donné proportionnellement moins d'enfans bien vivans que les deux autres (la première comme 20 : 43, c'est-à-dire, moins de moitié ; la deuxième comme 43 : 75, ce qui est plus de moitié).

Les variétés changent peu le pronostic : cependant on conçoit que les variétés cubitales, rapprochant les pieds du fœtus des ouvertures du bassin, doivent favoriser et l'accouchement naturel et l'artificiel. La sortie du bras, facilitant le diagnostic, et fournissant un moyen d'aider à la sortie des épaules, loin d'être défavorable, suivant l'opinion d'un grand nombre d'anciens accoucheurs, est au contraire fort utile, et tellement même, que j'extrais le bras avant d'opérer chaque fois que la chose me paraît facile. Ce n'est que dans le cas où le travail a duré long-temps que cet accident peut être regardé comme fâcheux, tant en ce que le bras irrite et tuméfie le vagin et les organes génitaux, que parce qu'il se tuméfie lui-même, s'ecchymose, se gangrène peut-être, ou bien reste paralysé. Je n'ai jamais vu la gangrène s'emparer d'un bras sorti, le fœtus restant sain dans l'utérus ; la paralysie n'a été pour l'ordinaire que momentanée, ou d'une durée proportionnelle à celle de l'infiltration sanguine qui souvent envahissait toute l'épaisseur du membre.

Le plus grand danger que fasse courir à la mère et à l'enfant la sortie du bras, c'est celui des tentatives d'une main ignorante, ainsi que nous allons le démontrer dans quelques instans.

ARTICLE VII.

Indications et Procédés opératoires.

Nous devons toujours procéder dans le même ordre, et reconnaître ici, comme pour toutes les autres positions, trois indications principales, laisser agir la nature, l'aider et la suppléer.

§ Ier. Nous avons démontré la possibilité de l'accouchement naturel ou spontané ; nous en avons détaillé le mécanisme, et nous avons dit qu'il était peu d'accouchemens dont la nature (chez un sujet bien conformé) ne pût venir à bout, quelle que fût la position du fœtus. D'un autre côté, nous avons cité des exemples des suites funestes de l'expectation et d'une trop grande confiance dans les efforts naturels. Aussi sommes-nous bien éloignés de donner ici le conseil que nous avons donné pour les positions de la face, et recommandons-nous aux jeunes praticiens de ne point s'endormir dans une sécurité aussi dangereuse.

Si Denman a vu tant d'évolutions spontanées, il faut qu'il ait bien souvent négligé d'appliquer aux positions de l'épaule les procédés de l'art ;

il faut qu'il ait abusé de la connaissance qu'il avait des ressources de la nature (1). Gardons-nous d'un pareil abus ; nous savons que l'évolution n'a lieu le plus souvent qu'après la mort de l'enfant, lorsque la mère est presqu'entièrement épuisée, et que c'est la dévouer à une mort presqu'inévitable que de rester oisif auprès d'elle, et de l'abandonner à ses propres forces. Nous ne ferons usage de cette connaissance que dans le cas où une femme, long-temps tourmentée par des mains ignorantes, sera réduite à un état tel que nous pourrions, avec raison, craindre qu'elle ne pût supporter de nouveau l'introduction de la main et la version du fœtus : dans ces cas, où des tractions sur le bras ont enfoncé le thorax dans l'excavation, où l'utérus, moulé sur l'enfant, et en constriction permanente, ne permet point de le refouler, ni de passer entre lui et les parois du bassin pour aller chercher les pieds, nous conserverons encore quelqu'espérance ; nous

(1) Denman n'aurait-il pas pris pour des exemples d'évolution spontanée quelques cas de procidence du bras sous la tête ou sous les fesses? Mon ami le docteur Tirman m'a apporté récemment un fait dont l'explication laisse absolument les mêmes doutes. En parcourant le département des Ardennes pour y propager la vaccine, il a rencontré une femme, aujourd'hui très-bien portante, qui, abandonnée de la sage-femme dans une couche où l'enfant avait présenté le bras, accoucha néanmoins spontanément et sans grandes douleurs. (*Note de l'Éditeur.*)

ne recourrons point à l'opération césarienne (comme le veut Plenck, pag. 192); nous attendrons, pourvu toutefois que nous ayons la certitude à-peu-près complète de la mort de l'enfant.

§ IIe. Aider à l'accouchement dans le sens du mécanisme naturel, c'est encore une chose quelquefois possible, mais ordinairement bien difficile et presque toujours fâcheuse. Je compte trois procédés qui se rangent dans cette division des indications établies par les positions de l'épaule: 1°. tirer sur le bras sorti, manœuvre déraisonnable, qui n'a jamais pu réussir que sur des avortons, comme dans le cas rapporté par le frère de Baudelocque; 2°. amener les fesses à l'orifice, comme dans l'accouchement naturel, soit, à l'imitation de Burton (t. 1, planche XVI), en repoussant l'aisselle vers le haut au moyen d'une béquille, moyen approuvé par Asdrubali; soit en repoussant peu à peu le tronc avec la main jusqu'à ce que les fesses se trouvent au détroit supérieur; soit enfin en passant sur les hanches un lacs destiné à faire descendre l'extrémité pelvienne du fœtus, ainsi que Peu (pag. 412) l'a pratiqué: ce lacs, en effet, n'était pas destiné à tirer l'enfant en travers, comme on a cru faussement qu'il en avait eu l'intention. Toutes les modifications du deuxième procédé sont à-peu-près impraticables, et toujours plus difficiles à exécuter que la version.

Le troisième procédé consiste à tirer sur le bras comme dans le premier, mais après la section du

cou et la séparation de la tête. Cette opération, comme on le sent bien, ne peut être conseillée que pour les cas extrêmes, dans lesquels la mort du fœtus est indubitable et la version impossible. En somme elle est encore préférable à l'opération césarienne, et peut-être vaut-il mieux la tenter que d'attendre l'évolution spontanée. L'exécution n'en est probablement pas très-facile, du moins quant à la section du cou; mais, après cela, l'extraction doit être des plus simples. Jamais je n'ai pratiqué pareille opération; mais Asdrubali, auteur très-recommandable, l'a exécutée cinq fois: c'est avec de grands ciseaux qu'il a coupé les vertèbres, et le plus souvent il a extrait les enfans sans même avoir achevé la section du cou et en laissant entières les parties molles. Un de ces enfans est né par les fesses après la décollation (t. III, p. 141). Cette opération avait été conseillée par Van Horne, qui l'exécutait au moyen d'un crochet tranchant (HEISTER, ch. CLIII, sect. IX); par Smellie (t. I, p. 370), et, bien avant eux, Celse semblait en avoir eu l'idée (1). Ce procédé n'a rien de plus cruel que la crâniotomie; il est bien plus régulier, bien plus rationnel que le précepte vague donné par Plenck, Rœderer, etc., de pratiquer l'embryotomie, ou même que le précepte plus positif donné par Paré, par Heister, de vider le thorax et l'abdomen, et d'appliquer ensuite un

(1) *Si vero transversus est (fœtus) neque dirigi potuit, remedio est cervix præcisa, ut separatim utraque pars auferatur.* (Note de l'Éditeur.)

crochet aigu sur les hanches. Je le répète de nouveau, pareilles opérations ne doivent être pratiquées que quand l'issue du cordon, la putréfaction des parties du fœtus que le doigt peut atteindre ou que l'œil peut découvrir, et de plus la longueur et la violence des efforts auxquels le fœtus a été soumis, etc., ne laissent aucun doute sur sa mort. Il ne faut s'en fier en aucune manière à l'absence du pouls d'un bras sorti de l'utérus : j'en ai exposé plus haut les raisons.

§ III. Mais tant que l'on n'a point de preuves suffisantes de la mort de l'enfant, ou tant que l'on a l'espoir de parvenir à l'extraire par un moyen plus sûr et moins cruel, il ne faut point hésiter à proscrire l'embryulcie. Le moyen le moins dangereux, le plus sûr, celui qu'on doit employer de prime-abord, celui enfin qu'on doit préférer à tout autre, celui auquel on ne doit renoncer que quand la constriction de l'utérus et le foulement du fœtus dans l'excavation le rendent impraticable ; c'est la version.

Je ne parle point de la réduction de la tête à l'orifice de la matrice : ce procédé, recommandé par les anciens (1) et même encore par Charles de St.-Germain, Guillemeau, etc., a été avec raison rejeté par les modernes. Dionis dit l'avoir essayé sans

---

(1) *Humeri repellendi ut cadat caput.* Ruffius, *de Muliebribus.* — *Si in latus procidat fœtus, naturali ritu reducendus est.* Rhodio.

succès (pag. 282), et Smellie est le seul, à ma connaissance, qui assure y avoir réussi (tom. II, pag. 332), quoiqu'avec beaucoup de difficultés.

La version peut être tentée dans tous les temps du travail, depuis le moment où la dilatation est suffisante pour permettre le passage du fœtus, jusqu'à celui où la matrice, fortement contractée, a enfoncé le thorax dans l'excavation. La version est bien difficile à pareille époque, mais elle n'est pas toujours impossible, et l'on doit toujours l'essayer avant d'en venir aux moyens dont je parlais plus haut. Mais quand l'utérus est peu contracté, quand surtout les membranes sont entières, la version offre peu de difficultés, et, selon moi, elle en offre moins que dans les positions de la tête. En effet, quand des manœuvres mal entendues n'ont point dérangé l'attitude du fœtus, on trouve toujours l'extrémité pelvienne vers le fond de l'utérus (Amand, pag. 111), et les pieds sont au-dessous : or, ils doivent être moins éloignés du détroit supérieur quand l'épaule se présente que quand c'est le vertex : ajoutez à cela que le thorax remonte plus aisément que la tête, et ne tend pas comme elle à s'engager dans l'excavation en même temps que l'extrémité pelvienne. Ce n'est que lorsque le travail a long-temps duré que la version devient difficile : encore n'est-elle pas absolument impossible comme quand la tête est engagée dans le vagin : elle est donc préférable à tout autre expédient lorsqu'elle est possible, et les cas d'a-

vortement (jusqu'à six mois, ASDRUBALI) font seuls exception à cette règle; ce sont les seuls dans lesquels on peut, sans danger, s'en remettre entièrement à la nature.

Je renvoie au premier Mémoire pour les préceptes généraux, et je n'insisterai que sur quelques particularités relatives, 1°. au choix de la main qui doit opérer; 2°. à la marche qu'elle doit suivre; 3°. au pelotonnement. Chemin faisant, je parlerai des modifications que nécessite chaque position, chaque variété, et je terminerai par l'exposé général de toutes les indications relatives à la sortie du membre supérieur.

A. La plupart des anciens auteurs ont donné peu de préceptes relatifs au choix de la main, et ils en ont été plus particulièrement avares pour les positions de l'épaule, qu'ils reconnaissaient rarement, à moins que le bras ne fût sorti: aussi presque tous les conseils qu'ils nous ont laissés se rapportent-ils à la sortie du bras. Suivant Dionis (p. 284), le choix de la main serait indifférent pour une position de l'épaule, mais non pas pour le bras sorti de l'utérus. Le bras droit exige l'emploi de la main droite, et le gauche celui de la main gauche; il n'explique point du tout les motifs de ces deux conseils opposés. Le choix de la main tel qu'il le propose pour le bras n'est pas moins applicable à l'épaule, et c'est aujourd'hui un précepte général d'employer la main droite pour l'épaule droite, et la main gauche pour la gauche. Deleurye seul

donne, je ne sais pourquoi, un conseil tout-à-fait opposé. Le premier est bon et raisonnable; il doit être mis en pratique toutes les fois que la position est bien connue, et que la matrice, vide d'eau, ne permet pas de *brusquer* la version. En effet, vous pouvez expérimenter sur le mannequin que, dans toute position (par nous admise) de l'épaule, c'est toujours la main homonyme qui marche le plus aisément vers les pieds. L'épaule droite est-elle en troisième position (B), les pieds sont en arrière et à gauche, la main droite, en supination, les saisira aisément. Est-elle en quatrième position, les pieds sont en avant et à droite : c'est encore la main droite qui, en supination, y parviendra le plus commodément. Cette règle ne serait rompue que par la deuxième position de Baudelocque, c'est-à-dire, celle dans laquelle la tête serait en arrière et l'extrémité pelvienne en avant; mais cette position ne se rencontre jamais : donc elle ne peut infirmer la règle.

Quelque bonne qu'elle soit en général, cette règle n'offre pas toujours les mêmes avantages. La confusion des membres du fœtus, la contraction violente de l'utérus, après la sortie de l'eau, forceront souvent l'accoucheur à se mettre en contradiction avec elle. (*Voyez* le premier Mémoire.)

Avant la rupture des membranes, souvent on ne peut assez exactement déterminer quelle épaule se présente pour en déduire le choix de l'une ou

de l'autre main, et si la main introduite reconnaît, après avoir ouvert les membranes, qu'elle s'applique à l'épaule du côté opposé au sien, elle peut encore agir contradictoirement à la règle susdite en *brusquant* la version, et en se portant directement et immédiatement vers le lieu où l'on suppose que doivent être les pieds du fœtus. Il lui suffira pour cela de s'incliner un peu plus sur son bord radial. Ainsi, je suppose que la main droite perce les membranes, et reconnaisse l'épaule gauche dans la troisième position; alors, au lieu de suivre le corps du fœtus et de glisser le long de ses membres, elle se portera brusquement en pronation vers le côté droit et antérieur de l'utérus, et y saisira les pieds de l'enfant en s'inclinant vers son bord radial. Est-ce au contraire la quatrième position de la même épaule, la main droite se portera, en supination et toujours inclinée vers son bord radial, à la partie postérieure et gauche du fond de l'utérus.

B. Voici déjà un cas dans lequel il n'est pas nécessaire, il est même impossible de parcourir régulièrement la surface du fœtus pour arriver jusqu'aux pieds. Ce précepte sera encore violé, de toute nécessité, quand il existera confusion des membres et perversion de l'attitude de l'enfant : il faudra bien alors chercher d'abord où sont les pieds, les saisir ensuite avec la main qui pourra les prendre avec plus d'avantage et y arriver plus aisément par une route *quelconque*. Le même pré-

cepte deviendra encore inutile quand une position bien connue, des membranes entières, et par suite, un fœtus en attitude naturelle et un utérus libre et spacieux, permettront de déterminer mentalement la situation du fœtus, de fixer idéalement celle des pieds, et d'y parvenir *ex abrupto*. Je suppose que, dans de telles circonstances, on ait reconnu la troisième position de l'épaule droite, on sait, d'une manière indubitable, que l'on trouvera les pieds en arrière et à droite, vers le fond de l'utérus : on plonge la main droite dans la cavité de cet organe; on ménage les membranes le plus longtemps possible, et l'on ne touche le fœtus qu'au moment même où l'on saisit les pieds à l'endroit désigné. Dans les cas mixtes seulement (*voyez* 1er Mémoire) il est utile de suivre les diverses régions du fœtus : on commence alors par repousser l'épaule et le thorax qui ferment le passage, et l'on suit tantôt le côté du fœtus, tantôt sa surface antérieure, pour arriver aux pieds.

C. Il ne s'agit plus alors que d'opérer le pelotonnement, et pour cet effet, nous savons qu'il est nécessaire de tirer toujours les pieds vers la surface antérieure de l'enfant. Mais peut-on ici tirer indifféremment sur un seul pied, ou faut-il absolument les avoir amenés tous deux au dehors ? Les anciens accoucheurs, jusqu'à Portal, voulaient absolument qu'on ne tentât l'extraction qu'après avoir attiré les deux pieds ; ils croyaient même qu'on ne pouvait amener au dehors le second

pied sans faire rentrer le premier ; ils craignaient d'être gênés par la jambe et la cuisse du membre déjà sorti ; ils voulaient, en conséquence, qu'on y attachât un lacs, et qu'on le repoussât dans l'utérus pour le ramener ensuite avec l'autre. Cette singulière méthode fut justement blâmée par Portal ; Delamotte, lui-même, la réfuta après en avoir inutilement essayé (obs. 226) ; et cependant Delamotte veut qu'on ne tire jamais que sur les deux pieds lorsque l'épaule se présente, ou du moins lorsque le bras est sorti (pag. 846). Pour moi, je pense, au contraire, que l'on peut ici, bien mieux que dans les positions du vertex ou de la face, se contenter d'un seul membre ; l'évolution, le pelotonnement, sont ici bien plus faciles, parce que l'épaule ne tend pas à s'enfoncer comme la tête, ou qu'il est bien plus aisé de la repousser et de la maintenir éloignée de l'excavation ; parce qu'enfin cette évolution nécessite moins de mouvement, moins de déplacement, puisque l'extrémité pelvienne du fœtus est alors moins éloignée du détroit supérieur. On peut donc agir sur un seul pied ; mais il est bon, suivant la remarque de Rœderer (§ 645), que ce soit celui du côté opposé à l'épaule qui se présente. On a alors l'avantage d'agir avec plus de force, et d'agir sur la partie la plus éloignée ; on en a encore un autre si la face antérieure du fœtus regarde les pubis de la mère : c'est de la tourner vers le sacrum par cette seule traction, comme il est facile de s'en convaincre en

simulant l'opération sur le mannequin. Il est vrai que, par la même raison, cette manœuvre doit être défavorable si la face antérieure du fœtus regarde le sacrum de la mère, et l'expérience prouve en effet que, dans ce cas, on risquerait de tourner cette face antérieure vers les pubis. Le raisonnement même nous donne aisément la solution de ce problême. Nous devons toujours dégager le membre vers la face antérieure du fœtus, et c'est sur cette face que nous agissons alors; c'est elle que nous dirigeons, que nous attirons : or, quand cette face antérieure est vers les pubis, le membre se trouve naturellement dirigé selon l'axe du détroit supérieur; nous tirons en arrière, et le ventre du fœtus se porte de ce côté. Cette même face est-elle vers le sacrum, le membre ne peut plus être dirigé que selon l'axe du détroit inférieur; nous ne pouvons tirer qu'en avant, et par conséquent amener en avant l'abdomen du fœtus.

D. Les variétés diagonales ou même les positions inclinées ne changent rien aux indications, quoiqu'elles puissent faciliter ou rendre plus difficiles et la recherche des pieds et l'évolution du fœtus. La sortie du bras seule mérite de nous arrêter.

Presque tous les premiers écrivains, jusqu'à Portal et surtout Delamotte, ont regardé cet accident comme fâcheux en ce qu'il gênait et empêchait, selon eux, l'introduction de la main et le passage des pieds du fœtus. Aussi tous ont con-

seillé d'en tenter la réduction (Moschio, *Harm-Gynæc*, pag. 11; Jac. Ruffius, *de Muliebr.*), soit en forçant l'enfant à le retirer par l'application de corps froids (Charles de Saint-Germain, etc.) ou par des pincemens (Deventer), soit en le poussant *directement*, pour soulever en même temps l'épaule et faciliter le passage de la main de l'accoucheur (Dionis), soit encore en pressant sur le pli du coude de manière à ployer toutes les articulations (Ant. Petit), procédé très-rationnel si les résultats en étaient réellement utiles : c'est celui qui exposerait le moins à cet accident que redoutait Levret, je veux dire la dilacération du vagin. Lorsque la réduction était impossible, ce qui devait arriver dans la plupart des cas (Puzos, Delamotte, obs. 284, etc.), les uns voulaient qu'on fît l'amputation du bras le plus haut possible (Paré, pag. 711; Smellie, tom. 1er, pag. 369), ou bien il fallait le tordre et l'arracher (Mauriceau, obs. 296); ou bien encore, s'il était trop fortement gonflé, il fallait le scarifier pour en procurer le dégorgement (Josephi, *Obs. anat. et obst.*, pag. 26). La plupart, il est vrai, comme Mauriceau, défendaient absolument de tenter rien de semblable sans avoir la certitude la plus complète de la mort de l'enfant; mais des observations nombreuses prouvent combien il est facile de se tromper à ce sujet (1). Ainsi Delamotte a vu naître

(1) *Liquores, ex uteri cavo erumpentes, fœtidi, odoreu*

vivant un enfant à qui on avait arraché le bras et ouvert le crâne (obs. 228); Peu a vu naître également vivant un autre enfant auquel les deux bras avaient été successivement tordus et arrachés; d'autres exemples sont cités en foule par Asdrubali (tom. III, pag. 132), d'après Morgagni, Persoon, Monteggia et Nessi. On se serait épargné toutes ces cruautés si l'on avait bien compris que les difficultés de semblables accouchemens ne tiennent, en aucune façon, au volume du bras, mais bien à l'attitude du fœtus, altérée par de fausses manœuvres, et à l'état de constriction de l'utérus irrité par un long travail, ou bien à l'étroitesse de l'orifice, non dilaté encore, quand on n'avait point la patience d'attendre qu'il fût ramolli (*Voyez* 1er Mémoire) et devenu dilatable. Portal, et ensuite Mesnard, avaient déjà reconnu qu'on pouvait extraire le fœtus sans réduire ni enlever le bras; Amand en a donné aussi plusieurs preuves (page 127, 335); Mauriceau, lui-même, avait extrait vivant, sans réduction préliminaire, un enfant dont le bras était énormément tuméfié (obs. 157); mais, plus qu'aucun autre, Delamotte insista sur cette possibilité : il avait, sans aucun avantage, arraché le bras d'un enfant mort; il

---

cadaverosum fundentes, absentia pulsûs in brachio foràs educto, tumefacto, epidermidis separatio, etc., *pluriès fefellerunt obstetricantes qui mortuos habuere atque dilaniavere plenos vitâ infantulos, passisque œrumnis superstites.* (SOLAYRÈS, pag. 12.)

avait vu une femme périr entre les mains d'un ignorant qui, après avoir coupé le bras du fœtus, ne put venir à bout d'extraire celui-ci (obs. 225) (1); enfin il avait tenté inutilement de repousser le bras (obs. 226), et il avait ensuite reconnu l'inutilité de cette opération (obs. 65, 145, 213, 292, etc.), même lorsque les deux bras étaient au dehors (obs. 291). « Il ne faut pas s'embarrasser, dit Deventer (pag. 228), si le bras qui sort par l'orifice ne peut rentrer aisément, ou s'il retombe; il faut que la sage-femme introduise toujours le sien, et cherche les pieds; car non-seulement on perd souvent un temps précieux à remettre ou retenir le bras dans la matrice (2), mais il arrive souvent qu'il *gêne davantage* celui de la sage-femme

---

(1) *Voyez* de pareils faits dans Amand, pag. 273, et Burton, pag. 372, tom. 1er.

(2) J'en donnerai plus loin des preuves. Il n'y a pas bien long-temps qu'un fait de ce genre est encore venu confirmer notre opinion à cet égard. On parvint non sans peine à réduire le bras de l'enfant, qui était fort petit et du terme de sept mois et demi environ; mais il résulta de ces manœuvres une perte de temps considérable; il en résulta surtout une fatigue extrême pour l'accoucheur et la malade; et l'irritation de l'utérus fut telle après cette opération, qu'il fallut renoncer à la recherche des pieds de l'enfant. On n'y put parvenir qu'après avoir, par un repos prolongé, par des bains, etc., atténué cet état d'éréthisme et de crampe utérine. L'enfant était mort. La version, exécutée de prime-abord, eût été moins difficile que cette inutile et pénible réduction du bras.

que lorsqu'il passait par l'orifice. *Je me suis même trouvé dans le cas de faire ressortir le bras jusqu'à ce que j'eusse trouvé les pieds* : alors les tirant à moi d'un côté, j'élevais de l'autre la partie supérieure du tronc en repoussant le bras, et le bras rentrait aisément à mesure que l'enfant se tournait. » Baudelocque pense que si quelquefois on a cru trouver plus de facilités à pénétrer jusqu'aux pieds après la réduction du bras, c'est qu'on avait déchiré, en le réduisant, l'orifice de l'utérus.

Jamais nous n'avons tenté ni la réduction, ni aucun autre moyen semblable, si ce n'est dans le cas de procidence accidentelle du bras ou de la main sous la tête ou sous les fesses : c'est pourquoi j'ai cru bon de rappeler les idées des auteurs sur ce point de pratique. Nous n'hésitons même jamais, lorsque le coude est voisin du centre, *à dégager le membre*, d'après le conseil de Deleurye (pag. 251), tant pour éclairer notre diagnostic que pour faciliter l'extraction du fœtus. Cette extraction, nous cherchons toujours à l'opérer par la version simple, et jamais nous n'avons cherché à la faciliter par le moyen singulier qu'a proposé Deleurye (pag. 230), et qu'ont appuyé Steidèle et Plenck (pag. 192). En allant *chercher le second bras*, ces auteurs espéraient éloigner l'épaule trop avancée vers l'excavation, et faciliter le passage de la main : c'est, selon moi, une opération toute aussi difficile que la recherche des pieds, et dont le seul effet serait probablement de produire la confusion

des membres du fœtus, et d'augmenter l'embarras.

La seule précaution que nous ajoutions à celles qu'exige ordinairement la version, c'est d'appliquer, comme Baudelocque, un lacs sur le poignet pour prévenir les effets du pelotonnement, qui tend à faire rentrer la main dans l'utérus. Notre but est de la maintenir au dehors, non pas dans la crainte mal fondée que le coude vienne à s'arcboûter contre les parois du bassin (Baudelocque), ce qui me paraît absolument impossible, mais dans la crainte que le bras ne prenne une mauvaise direction, que, déployé comme il est, il ne suive pas la rotation qui tournera le sternum du fœtus en arrière; et que, retenu par les pubis et remontant le long du dos de l'enfant, il ne vienne en croiser la nuque. (*Voy.* 1er Mémoire.) C'est encore dans une autre vue que nous retenons la main au dehors; c'est parce que cette main, ou plutôt le bras dont elle dépend, sert merveilleusement bien à diriger la rotation susdite du tronc; c'est que ce membre offre une prise de plus pour les tractions qu'on exerce sur l'enfant; c'est enfin qu'on s'épargne l'opération, souvent trop pénible, du dégagement d'une épaule. On sent, d'après cela, qu'il ne faut, dans aucun temps de l'opération, perdre de vue ce membre; il faut avoir soin de lui donner la direction qui convient à chacun des temps de l'accouchement, et de le faire descendre dans la même proportion que le tronc lui-même.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES,

Faisant suite au cinquième Mémoire sur les Positions des Épaules.

N° Ier.

3e POSITION DE L'ÉPAULE DROITE (B., 1re de ma class.).

Évolution spontanée; fistule urinaire.

Le 29 mars 1820, à dix heures du soir, on apporta à l'hospice la nommée Lam...l, âgée d'environ vingt-trois ans, maigre, mais bien constituée, et déjà mère d'un enfant vivant.

Cette femme était arrivée au terme de sa grossesse; elle souffrait depuis trois jours, et il y avait environ quinze heures que le bras droit du fœtus était sorti de la vulve. Dans l'après-midi de ce même jour, deux accoucheurs avaient fait, pour la délivrer, des tentatives réitérées, et tout ce que nous en pûmes savoir de plus exact, c'est qu'en dernier lieu on s'était efforcé de *faire rentrer le bras* de l'enfant.

A son arrivée, la malade, accablée de fatigue et de douleurs, était pâle, abattue; le pouls était fébrile mais très-faible, la soif vive, les lèvres sèches et noirâtres, la peau aride et les extrémités

froides. Le bras sorti était livide, excorié en plusieurs endroits, et tuméfié au point de surpasser un volume triple de celui qu'il a d'ordinaire. L'*épaule était engagée dans le vagin, et le thorax remplissait l'excavation* de manière à empêcher le passage de la main et même du doigt pour l'exploration. Il n'était pas difficile de sentir le scapulum *derrière la symphyse* des pubis, la clavicule *sur le coccyx*, et l'acromion vers l'ischion gauche.

L'utérus, fortement resserré, avait tellement enfoncé toutes ces parties, que non-seulement on ne pouvait les repousser au-dessus du détroit supérieur, mais même que tout passage était impraticable, à la main droite comme à la gauche, pour aller à la recherche des pieds. Cependant, à force de recherches, je parvins à glisser la main gauche entre le thorax du fœtus et le bassin de la mère, et je sentis les pieds sans pouvoir les saisir. La route que je venais de frayer servit ensuite à la main droite, qui put saisir un pied et l'amener au dehors, avec beaucoup de peine il est vrai : c'était le pied gauche; il fut retenu à la vulve.

Dès ce moment, tous mes efforts furent inutiles; vingt fois peut-être j'introduisis l'une ou l'autre main; mais bientôt, engourdies, écrasées par l'utérus entre le fœtus et le détroit supérieur, elles perdaient toutes leurs forces, et le membre inférieur droit leur échappait. Le crochet mousse ne me réussit pas mieux; il était trop difficile de le diriger convenablement, tant à cause de l'embarras

des passages, que de la confusion des membres du fœtus. En effet, la tête était au-dessus du thorax, et touchait les hanches, embarrassée encore dans les inflexions du membre inférieur.

N'obtenant rien de toutes ces manœuvres, je pris le parti de tirer sur le pied que j'avais amené d'abord; mais, altéré par la putréfaction, le membre inférieur céda à mes tractions, le genou s'allongea, et les épiphyses se détachèrent du tibia et du fémur.

Au milieu de tous ces efforts, la femme, quoique fort courageuse, s'affaiblissait sensiblement, et je jugeai nécessaire de lui accorder un repos qu'elle sollicitait avec ardeur. Ce travail pénible avait duré depuis onze heures du soir jusqu'à une heure du matin; j'étais moi-même excédée, et j'avais besoin de réparer mes forces.

En conséquence la malade fut replacée dans un lit commode, réchauffée et ranimée au moyen de quelques toniques (vin, sirop d'œillets, tilleul, etc.).

Pendant les trois heures suivantes, elle ressentit quelques douleurs utérines rares et passagères. Vers quatre heures du matin, elle s'écria tout-à-coup que quelque chose venait de sortir : on accourut et l'on trouva, entre les cuisses, l'enfant sorti presque en totalité; la *tête seule* et le bras gauche étaient encore engagés; mais rien n'égale la facilité avec laquelle ils furent extraits : le placenta sortit en même temps, le tout avec dégagement de gaz d'une odeur infecte.

L'enfant était d'un volume au-dessus du médiocre (six livres et demie environ); toutes ses parties étaient mollasses et flexibles.

Cette délivrance inattendue fut suivie d'un soulagement marqué, et surtout d'une augmentation notable des forces et de l'énergie vitale : la fièvre augmenta, l'abdomen devint un peu douloureux, des lochies sanguinolentes s'écoulèrent en assez grande abondance, l'urine et les matières fécales s'échappèrent involontairement.

Les jours suivans, les accidens inflammatoires et fébriles avaient disparu; mais le vagin, énormément boursoufflé et parsemé d'escarres, laissait échapper l'urine : je passai une sonde dans l'urètre, et portant le doigt dans le vagin, je sentis ma sonde à travers une ouverture assez large pour admettre le bout du pouce. Cette fistule a malheureusement persisté, et la malade est partie bien portante, mais affligée d'une incontinence d'urine.

Cette observation curieuse nous fournira matière à des réflexions importantes : c'est un exemple bien évident de l'évolution spontanée de Denman, dont j'ai parlé dans le précédent Mémoire. La tête et le bras, qui étaient encore retenus dans le vagin, prouvaient suffisamment que l'enfant était sorti en présentant l'extrémité pelvienne. On voit que mes efforts n'avaient fait que s'opposer à la tendance naturelle en attirant vers l'extérieur les pieds du fœtus, tandis que l'abdomen et les hanches

devaient s'enfoncer auparavant dans l'excavation. On remarque aussi que l'évolution ne s'est opérée qu'après un travail des plus longs et des plus douloureux; un travail qui, s'il n'a pas causé des lésions mortelles, a du moins laissé des désordres extrêmement graves. La nature semble en pareil cas, ai-je dit plus haut, faire un dernier effort au moment où la vie est prête à s'éteindre, et il est bien difficile qu'ensuite elle ne retombe pas dans un dernier collapsus.

On peut encore tirer de ce fait une autre induction déjà pressentie : c'est l'efficacité des mouvemens naturels comparée à l'impuissance de l'art. Si l'on examine attentivement l'état des choses, on cessera de s'étonner de cette différence : l'utérus agit sur *toute la surface* du fœtus, il agit de haut en bas, il *pousse* au dehors, il presse, il engage les parties les plus molles, il *malaxe* le fœtus putréfié et lui imprime un impulsion *toujours soutenue*, et qui ne permet point aux parties engagées de rétrograder sans faire place à d'autres plus volumineuses. L'accoucheur, au contraire, n'agit que sur une partie peu étendue du fœtus; cette partie est souvent disposée très-peu favorablement pour faire descendre l'enfant; elle offre rarement beaucoup de prise, et enfin elle s'allonge ou se déchire assez souvent.

Ces réflexions me rappellent une anecdote assez intéressante et qui rentre absolument dans mon sujet. Une femme, dont le bassin était horriblement

difforme, nous fut apportée après qu'on eut perforé le crâne et tenté l'application du crochet aigu. Je fis moi-même quelques tentatives conjointement avec M. Baudelocque : nous employâmes, sans succès, tous les moyens imaginables. Le crâne vint, par lambeaux, à la pointe des crochets; il fallut s'arrêter, et, pendant ce moment de repos, la femme, déjà épuisée avant d'arriver, expira ayant encore l'enfant tout entier dans l'utérus. La saison était chaude, et M. Baudelocque, craignant que la putréfaction ne s'emparât du cadavre, voulut l'ouvrir sept à huit heures après la mort; tout était disposé, lorsqu'en découvrant le corps, on aperçut le fœtus entre les cuisses de la mère. Ce fait ne forme pas la moins intéressante des observations peu nombreuses de cas où l'on a vu l'utérus d'une femme morte se débarrasser ainsi de son contenu.

Revenons à l'observation de Lam...l. Les difficultés que nous avons éprouvées venaient principalement de l'enfoncement du thorax dans l'excavation, et je ne doute pas qu'on ne doive l'attribuer à des tractions indiscrètement exercées sur le bras avant qu'on en eût essayé la réduction, comme la malade nous l'apprit elle-même : c'est à ces violences qu'il faut attribuer les excoriations qu'offrait la surface du fœtus, et peut-être une partie des lésions du vagin et des organes environnans, quoique la présence prolongée d'un corps aussi volumineux dans l'excavation soit souvent suffisante

pour produire l'inflammation, la gangrène et la déchirure des parties molles qu'elle contient.

L'enfant était certainement vivant lorsque le bras sortit de la vulve; son énorme tuméfaction en était une preuve indubitable. Quant à la putréfaction, bien qu'assez avancée, elle n'indiquait pas que l'enfant fût mort depuis fort long-temps, mais bien qu'il avait péri d'une mort violente, auquel cas la putréfaction marche constamment avec beaucoup de rapidité.

N° II (1).

3e POSITION DE L'ÉPAULE GAUCHE.

Extirpation du bras; sortie du fœtus putréfié et ployé en double; mort de la mère.

Le 24 décembre 1823, à trois heures du soir, on apporta à l'hospice une femme âgée de trente-six ans, enceinte pour la deuxième fois, et en travail depuis la veille; elle était dans un état de faiblesse extrême; le vagin et les lèvres de la vulve étaient fortement tuméfiés; le bras gauche de l'enfant, détaché, était enveloppé dans des linges et accompagné du procès-verbal suivant:

« La dame Rodrigue a éprouvé des douleurs pour accoucher dès hier soir; ce matin M. M.... a été appelé: les eaux étaient écoulées depuis une

(1) Observation communiquée à l'éditeur par madame Legrand, sage-femme en chef de l'hospice de la Maternité.

demi-heure ; l'enfant présentait le bras, il fut (le bras) amené au dehors ; on plaça un lacs au poignet, et M. M., trouvant que l'accouchement devait être laborieux, fit appeler un confrère. M. C. se rendit chez la dame, et fit plusieurs tentatives, ainsi que M. M., *pour repousser le bras* et aller chercher les pieds : leurs efforts furent vains. MM. S. et B. furent appelés ; ils essayèrent aussi d'aller chercher les pieds, ou de *ramener la tête* dans l'excavation du bassin, et sans succès comme les premiers. L'enfant étant baptisé, et jugé mort par chacun, on se décida à *extirper le bras* : après, on fit de nouvelles tentatives pour aller chercher les pieds. La matrice se contractant fortement, la position de l'enfant rendit encore la chose impossible. On essaya *d'entraîner la tête* au moyen d'un doigt et d'un crochet dans la bouche ; la mâchoire inférieure fut brisée, et *toute manœuvre fut inutile*.

Les soussignés pensent que l'*opération césarienne* est peut-être le seul moyen de *sauver la mère*, si, après du repos, des bains, on ne parvient pas plus facilement aux pieds de l'enfant. »

La femme fut en effet mise dans un bain de siége, où elle resta pendant deux heures. A six heures, *la sage-femme en chef* reconnut que le moignon de l'épaule gauche et la portion voisine du thorax avaient *franchi l'orifice utérin*. Plus loin, elle sentit une portion du placenta décollé : la tête de l'enfant était renversée sur le dos et un peu inclinée à droite et en avant. Un doigt, porté dans la

bouche, reconnut la fracture de la mâchoire. La matrice, fortement appliquée sur la surface du corps de l'enfant, empêcha la main de pénétrer plus avant et d'arriver jusqu'aux pieds; un lacs avait été appliqué sur le moignon de l'épaule pour fixer le fœtus pendant ces tentatives. M. Paul Dubois ne put pénétrer plus loin ni obtenir aucun résultat de l'emploi du crochet mousse du forceps.

La malade fut remise au bain, et une demi-heure après, reportée dans son lit; elle y passa la nuit dans un état de faiblesse excessive, exhalant par la vulve une odeur infecte. Le 25, à six heures du matin, le bain fut renouvelé; elle y resta deux heures et demie, pendant lesquelles le thorax du fœtus, s'enfonçant de plus en plus, arriva jusqu'à la vulve, et permit à la sage-femme en chef d'achever l'extraction d'un fœtus putréfié, verdâtre, dont le corps était aplati et ployé en deux vers le milieu du dos; les ligamens du rachis étaient rompus, et les *vertèbres séparées* en cet endroit; le croche aigu avait fait deux déchirures à la partie antérieure du cou.

L'utérus restant inerte, on crut devoir aller à la recherche du placenta, qui y adhérait encore. L'organe se contracta ensuite; mais, sans perdre beaucoup de sang, la femme s'affaiblit graduellement et expira à sept heures du soir. Son cadavre se putréfia rapidement, quoique la température de l'air fût très-peu élevée.

Si cette observation n'était pas revêtue de formes aussi authentiques, elle semblerait faite à plaisir pour donner un modèle de toutes les erreurs dans lesquelles peuvent jeter l'inexpérience et le défaut d'érudition. C'est pour nous un exemple précieux de l'inutilité de ces manœuvres déraisonnables, inutilité reconnue par les opérateurs eux-mêmes. N'est-ce pas une chose déplorable que de voir quatre hommes de l'art réunir leurs lumières et leurs efforts pour tirer peut-être sur le bras, pour le repousser dans l'utérus, pour l'extirper ensuite, puis pour amener la tête au détroit supérieur, toutes pratiques condamnées par les auteurs classiques? Il est à remarquer que le bras détaché était frais, rosé, et qu'il offrait tous les caractères d'un membre séparé d'un individu vivant. On avait donc probablement mutilé un enfant plein de vie; on l'avait tué ensuite avec le crochet, et l'on terminait par proposer l'opération césarienne *pour sauver la mère!* Sans doute cette opération eût été faite si ces messieurs eussent eu plus d'assurance : que de fois malheureusement n'a-t-elle pas été pratiquée aussi mal à propos, d'après le vain espoir que quelques fauteurs de cette opération ont inconsidérément répandu dans le public médical! (*Voyez* le onzième Mémoire.)

La conduite qu'on aurait dû tenir ici n'est pas difficile à tracer. Le bassin n'était point difforme, et il paraît que l'utérus n'était point d'abord fortement contracté : il fallait, ou laisser le bras dans

la matrice, ou le faire descendre, mais sans tirer sur lui, et aller à la recherche des pieds : les efforts qu'on a faits pour tirer et repousser ce membre ont seuls contracté l'utérus et obstrué les passages.

Si la version était impossible, et la mort de l'enfant certaine, plutôt que de songer à la section césarienne, il valait mieux encore séparer la tête du tronc, suivant le précepte d'Asdrubali, et les extraire isolément ensuite. Certes, la décollation n'eût pas été plus difficile que l'application d'un crochet dans la bouche. La manière dont s'est opérée l'expulsion presque spontanée du fœtus prouve qu'il aurait pu sortir après la séparation de la tête. Cette expulsion n'a pas eu lieu par l'*évolution* ordinaire; mais la rupture du rachis et la putréfaction du fœtus rendent raison de cette irrégularité.

Si le moyen que je viens d'indiquer n'avait pas été praticable, j'aurais mieux aimé encore arracher le thorax par lambeaux, à l'aide du crochet, et extraire ainsi le tronc déchiré par le milieu, que de recourir à une opération qui n'offre presqu'aucune chance de guérison, surtout chez un sujet déjà épuisé. Cette opération n'eût été proposable que si l'on avait eu la certitude complète de la vie de l'enfant et de l'impossibilité de l'extraire vivant par aucun autre moyen.

N° III.

3e POSITION DE L'ÉPAULE DROITE (B.) d'abord inconnue.

Version.

Une femme de trente-deux ans, lymphatique, réglée depuis l'âge de dix-huit ans, enceinte pour la deuxième fois et à terme, arriva le 30 janvier 1816, à quatre heures du matin.

Les membranes étaient rompues depuis vingt-quatre heures, et l'utérus fortement contracté : aussi, malgré une dilatation suffisante de l'orifice utérin, la tuméfaction de la partie présentée par le fœtus était telle que je ne pus en déterminer la position ; à grande peine pouvais-je reconnaître la présence d'une épaule ; le bras et les côtés en étaient les seuls signes appréciables.

Pour sortir de cette incertitude et décider le choix (ici absolument nécessaire) de la main qui devait opérer, *je dégageai le membre* supérieur, et j'eus bientôt fait voir aux élèves la main droite, dirigée de manière que le pouce tendait à se porter à gauche et surtout en arrière. De nouvelles recherches, conduites d'après les connaissances que je venais d'acquérir, me firent aisément sentir le scapulum vers les pubis, la clavicule vers le sacrum, et l'aisselle vers l'ilium droit.

Le poignet fut retenu par un lacs, et une élève (mademoiselle Beausoir) introduisit la main droite vers la partie postérieure du bassin, souleva le

fœtus, passa sur son côté droit, sur les fesses, et, forçant la supination, saisit un pied à droite et en arrière de la cavité de l'utérus : ce pied était celui du côté gauche. La jambe dégagée servit de guide pour aller saisir le pied droit. Dès-lors l'extraction fut régulière, simple, et d'autant plus facile que l'enfant était fort peu volumineux ; il ne pesait que trois livres : quoique faible, il a vécu.

La mère a été *menacée* d'une péritonite bilieuse, dont l'ipécacuanha l'a préservée.

La tuméfaction de la partie que présente le fœtus la déforme souvent à tel point qu'on a peine à la reconnaître, même quand le doigt l'atteint aisément (1er Mémoire). Ordinairement, d'ailleurs, l'utérus est, en pareil cas, fortement contracté ; il presse les membres du fœtus les uns sur les autres ; il augmente la déformation, et quelquefois altère l'attitude de manière à accroître encore les difficultés du diagnostic.

En cas pareil, le dégagement du membre situé au détroit supérieur est du plus grand secours, et nous savons qu'il n'en résulte rien que d'avantageux et d'utile pour l'opération qui doit suivre. Ce membre vous indique sur-le-champ à quel côté vous avez affaire, et en le suivant jusqu'à l'épaule, vous pouvez déterminer sans peine, et d'une manière irréfragable, la direction du tronc d'après la disposition, aisément reconnue, de l'aisselle, du thorax, du scapulum, etc.

La direction de la main, celle même du coude, sont des indices trop équivoques pour qu'on puisse s'en tenir à leur seule considération.

N° IV.

3e POSITION DE L'ÉPAULE DROITE (B.).

Version brusquée; dégagement du bras difficile.

La femme dont il s'agit ici était âgée de vingt-trois ans, robuste, sanguine, habituellement bien portante, et parvenue au terme de sa deuxième grossesse.

Dès les premiers momens du travail, on s'aperçut que le fœtus était fort élevé dans l'utérus; sa position ne pouvait être distinguée. Les douleurs marchaient fort lentement, et ce ne fut qu'après environ seize heures que la dilatation parut suffisante pour nous permettre d'opérer sans danger pour la mère et pour l'enfant. Les membranes, toujours intactes, permettaient à peine de reconnaître la présence d'une épaule; mais laquelle et dans quelle position? c'est ce qu'on ne pouvait déterminer.

Une élève instruite fut chargée d'opérer : préparée à tout, elle introduisit la main droite, la glissa, sans intéresser les membranes, le long de la paroi postérieure de l'utérus, et reconnut, à la faveur de la laxité du chorion et de l'amnios, que l'enfant était placé presque transversalement, présentant, à l'orifice, l'épaule droite dans la troi-

sième position. Ces mêmes recherches lui firent trouver les pieds en arrière et à droite; elle les saisit tous deux, et ce fut alors seulement que les membranes se rompirent. L'évolution fut rapidement opérée, et l'opération n'aurait, en totalité, duré qu'une ou deux minutes, si le bras droit, naturellement sans doute mal situé, n'avait pris sur le dos du fœtus une direction défavorable, et qui en rendit l'extraction assez pénible.

L'enfant descendit comme dans la première position des pieds; il pesait environ six livres; faible d'abord, il fut bientôt ranimé.

Le placenta sortit immédiatement après l'enfant, entraîné par le cordon ombilical, qui avait fort peu de longueur. Cette opération fut exécutée par mademoiselle Rouget, maintenant établie à Paris.

Une péritonite bilieuse prolongea quelque peu le séjour de la mère à l'hospice; elle en fut cependant heureusement débarrassée par l'emploi réitéré des sangsues et par l'administration d'un vomitif.

Nous l'avons dit ailleurs, c'est toujours une présomption défavorable que l'élévation du fœtus dans l'utérus et la difficulté de toucher la partie qu'il présente; presque toujours cette disposition peut être attribuée à une position vicieuse, qui empêche le fœtus de s'engager dans le bassin, et lorsque le travail se prolonge sans qu'aucun progrès se manifeste dans ce sens, on ne doit point hésiter, je pense, à tenter la version, puisqu'alors on a toutes

les facilités possibles pour l'exécuter facilement et heureusement. A plus forte raison doit-on le faire si l'on reconnaît la présence d'une épaule.

J'ai dit que souvent on savait qu'une épaule se présentait au détroit supérieur sans savoir quelle épaule, et quelquefois sans savoir dans quelle position : c'est le cas de la présente observation. L'élève était préparée à tout, c'est-à-dire, qu'elle était préparée à agir, quand même la main introduite n'eût pas été celle que les règles prescrivent. La grande quantité d'eau renfermée dans l'utérus lui permettait de passer par-dessus ces règles ; elle aurait aisément parcouru les divers points de la cavité de l'organe, et donné à l'enfant, une fois saisi par les pieds, la direction convenable pour en rendre l'extraction facile. Ces manœuvres ne furent point nécessaires ; la main destinée à opérer n'aurait pas été mieux choisie si on eût connu la position ; l'opération en devint plus aisée et par conséquent plus prompte.

N° V.

3e POSITION DIAGONALE DE L'ÉPAULE DROITE.

Version ; traction sur un seul pied.

Une ancienne élève de notre école, mademoiselle Bouchard, sage-femme à Valence, fut appelée le 16 juillet 1813 auprès d'une femme de trente-sept ans, bien constituée et enceinte de son troisième enfant.

Cette femme souffrait depuis la veille ; la dilatation était complète et les membranes tendues. La sage-femme ouvrit les membranes ; mais l'écoulement des eaux ne produisit d'autre changement dans l'état des choses que la suspension des douleurs : ce fut alors que des recherches, peut-être un peu tardives, apprirent que l'épaule droite se présentait au détroit supérieur. Le moignon de l'épaule était fort voisin de l'éminence ilio-pectinée gauche, et le coude, diagonalement opposé, se rapprochait de la symphyse sacro-iliaque droite ; en conséquence, les pieds du fœtus devaient se trouver vers la partie postérieure et latérale droite de l'utérus : c'est vers ce point que mademoiselle Bouchard dirigea sa main droite en suivant la surface du fœtus. Elle amena d'abord le pied gauche, et, ne pouvant parvenir à se saisir de l'autre, elle se contenta de tirer sur un seul : il répondait au membre le plus élevé : aussi fit-il aisément descendre le tronc ; mais la face antérieure du fœtus descendit en devant, et l'extraction de la tête en fut un peu plus difficile. L'enfant, d'abord faible, fut ranimé en peu d'instans ; il pesait, dit-on, neuf livres : c'était une fille.

La mère ne ressentit aucune incommodité.

Peut-être eût-il mieux valu aller sur-le-champ à la recherche des pieds que de rompre les membranes sans avoir d'autre but que celui de *voir venir ;* on eût pu, du moins, s'assurer auparavant

de la position du fœtus en portant la main toute entière dans le vagin. On se serait ainsi épargné la difficulté que l'on éprouva dans la recherche du second pied, et l'on aurait fait courir à l'enfant des risques beaucoup moins réels, parce qu'on aurait pu le diriger plus aisément pendant son extraction.

L'enfant était placé diagonalement, et la sage-femme qui m'a transmis ce fait le regardait même comme un exemple de première position (B); mais il est à remarquer qu'elle ne la put bien apprécier qu'au moment où elle parcourut une partie de la surface du fœtus pour aller chercher les pieds. Or, dans une semblable manœuvre, on ne rapporte pas toujours très-exactement aux diverses régions du bassin ce qui se trouve en relation avec elles, par la raison même qu'on change les rapports.

Le pied gauche répondait à la hanche la plus élevée; il n'est pas étonnant, d'après cela, qu'en tirant sur lui seul on ait dirigé en avant la face antérieure du tronc; car nous savons qu'il n'est utile de tirer exclusivement sur le membre dont la hanche est la plus élevée, que dans le cas où l'abdomen du fœtus regarde en avant. (*Voyez* le dernier paragraphe de ce Mémoire.)

N° VI.

3e POSITION CUBITALE INCOMPLÈTE DE L'ÉPAULE DROITE.

Version.

Le 12 floréal an 12, une femme de vingt-trois ans, nommée Rosalie Pr...let, bien portante et enceinte de son premier enfant, commença à ressentir les premières atteintes du travail puerpéral. Vers le soir, écoulement des eaux de l'amnios, orifice utérin ouvert de quinze à dix-huit lignes, détroit supérieur barré transversalement par un membre reconnu bientôt pour le bras droit du fœtus; on ne pouvait qu'à peine arriver jusqu'à l'épaule appuyée sur le bord du détroit; mais on sentait plus aisément à droite le coude et le pli du bras, et l'on pouvait suivre en arrière, et de droite à gauche, l'avant-bras jusqu'au poignet et à la main.

L'indication était formelle : il fallait retourner l'enfant; mais pour cela il fallut attendre environ une demi-heure, afin que la dilatation fût assez considérable. Ce peu de temps y suffit, parce que le resserrement de l'orifice était en grande partie *passif* et dû au défaut de soutien et de distension de ses bords. L'eau s'était totalement écoulée; mais l'utérus était peu serré, et l'opération fut régulière et facile.

La main droite repoussa en haut et à droite le tronc du fœtus, passa sur les fesses et de là sur les

cuisses, amena d'abord la jambe droite, qui, croisant la gauche, semblait lui être supérieure; elle saisit ensuite la jambe gauche, sur laquelle furent d'abord uniquement portés tous nos efforts, jusqu'à ce que les deux hanches fussent engagées au même niveau dans l'excavation. On rendit alors les tractions plus égales, de peur d'imprimer une rotation défavorable au tronc du fœtus. Dès-lors l'accouchement n'offrit plus rien d'extraordinaire : *le bras, l'avant-bras et la main* étaient fortement ecchymosés : l'enfant vécut, et ces légers désordres disparurent en vingt-quatre heures.

La mère se rétablit, après avoir été quatre à cinq jours dans un état de fièvre très-modéré.

Il était possible ici de parvenir jusqu'à la main du fœtus, et l'on sentait parfaitement le coude et toutes les parties qui l'avoisinent. C'en était assez, d'après ce que nous avons dit ailleurs, pour nous fournir un diagnostic assuré.

L'orifice utérin n'était pas dilaté, et cependant, sans employer ni *narcotiques*, ni saignées répétées, ni aucun autre moyen violent, nous obtînmes, par la simple expectation, une dilatation suffisante, et nous l'obtînmes dans un espace de temps assez peu considérable : cet exemple peut faire voir combien on s'épargne de trouble et de fatigues quand on connaît la marche de la nature, et qu'on sait au juste ce que l'on peut espérer de ses seules forces.

N° VII.

4e POSITION DE L'ÉPAULE DROITE (B., 2e de ma class.).

Version.

Une femme de vingt-huit ans, d'un tempérament lymphatique, réglée depuis l'âge de treize ans, enceinte pour la sixième fois et à terme, commença à souffrir le 19 août. Le 20, à une heure après midi, la dilatation était complète ; les membranes bombaient assez fortement pour masquer totalement la partie présentée par le fœtus. J'ouvris les membranes, et je reconnus la quatrième position de l'épaule droite. Pour en donner la preuve aux élèves assemblées, je fis sortir la main du fœtus, et je leur fis remarquer que le pouce se tournait naturellement en avant, et la face palmaire vers la grande lèvre gauche. Je leur fis remarquer encore que l'épiderme se détachait, que les eaux étaient teintes de méconium, signes qui confirmaient la mort du fœtus, que j'avais déjà soupçonnée d'après l'absence de ses mouvemens et d'après des pesanteurs douloureuses ressenties par la mère, depuis environ quinze jours, dans la région des lombes. Une élève (mademoiselle Passenaud) introduisit la main droite en supination, la ramena en pronation forcée sur les pieds, en devant et à gauche de l'utérus, saisit le pied droit, et, après l'avoir main-

tenu par un lacs, alla chercher le pied gauche pour le réunir au premier. L'enfant sortit ensuite avec la plus grande facilité ; il était dans un état de putréfaction fort avancée, et pesait cinq livres. Le poids du placenta était d'une livre et demie.

La femme s'est promptement et parfaitement rétablie.

Je rompis les membranes avant d'opérer, et uniquement pour m'instruire de la position du fœtus ; mais, tout étant prêt pour l'opération, on y procéda sans perdre de temps. Cette célérité ne doit jamais être négligée, car souvent quelques minutes suffisent pour que l'utérus, débarrassé de l'eau qu'il contenait, se resserre et se moule sur la surface du fœtus, de manière à rendre fort difficile la recherche des pieds, et l'évolution fort dangereuse. Cette précaution nous permit d'introduire deux fois, sans aucune difficulté, la main dans l'utérus, et d'amener successivement les deux pieds à la vulve. Un fait à remarquer encore dans cette observation, c'est le grand volume du placenta conjointement avec la mort déjà ancienne du fœtus. Rien n'est plus commun que de trouver, avec un fœtus putréfié, un placenta volumineux ; soit que l'accroissement du placenta puisse être considéré comme morbide et comme ayant produit la mort du fœtus, soit que sa nutrition se trouve augmentée par la cessation du passage du

sang dans les vaisseaux de ce fœtus mort par une autre cause.

N° VIII.

4e POSITION DE L'ÉPAULE DROITE (Baudelocque).

Diagnostic difficile ; version.

Le 21 avril 1818, arriva une femme enceinte pour la deuxième fois, et non-seulement à terme, mais encore ressentant les douleurs de l'enfantement. Ces douleurs étaient très-faibles ; les membranes étaient rompues, l'orifice étroit et non dilatable, à bords épais et résistans. Une partie volumineuse et inégale se laissait vaguement sentir derrière et au-dessus des pubis. Le soir, les contractions devinrent plus fortes, la dilatation s'opéra, et elle était complète à une heure du matin (22 avril). Décidée alors à terminer l'accouchement, j'introduisis la main droite, et je reconnus bientôt la présence de l'épaule droite dans la quatrième position : aussitôt, passant sur les fesses, je conduisis cette main en pronation forcée jusque sur les pieds, qui touchaient la partie antérieure et gauche de l'utérus. Les deux pieds furent pris à la fois et amenés ensemble au dehors ; le pelotonnement s'opéra sans difficultés par l'observation des précautions ordinaires, et l'extraction fut faite comme dans la première position des pieds (B.). L'enfant est né bien portant : c'était un garçon volumineux.

La mère n'a éprouvé aucun accident.

Ici je remplis, par l'introduction de la main, une double indication, celle d'acquérir la connaissance de la position du fœtus et celle de commencer l'opération. L'une et l'autre pouvaient être établies d'avance ; car, quand même la main droite n'eût pas été la plus convenable (épaule gauche), je m'en serais également servie : la grande quantité d'eau renfermée dans l'utérus m'aurait permis d'agir ainsi sans dangers et sans difficultés bien grandes.

Cette main se trouva celle que les règles prescrivent en pareil cas, et les mouvemens par lesquels je cherchais à reconnaître la position servirent également à me faire reconnaître la situation des pieds ; je pus les sentir et les saisir tous les deux à la fois par le fait même de cette liberté dont jouit la main introduite dans l'utérus, lorsque l'eau n'est point encore évacuée. On doit remarquer que toutes ces recherches ont pu se faire avant la rupture des membranes ; que ces membranes résistèrent à l'effort par lequel je les décollai peu à peu de l'intérieur de l'utérus, et que je ne les déchirai qu'en faisant descendre les pieds, qui s'en étaient enveloppés. Ce n'est que quand elles sont fort minces, ou quand il existe des douleurs, des contractions utérines assez fortes, que l'on rompt involontairement les membranes en entrant dans l'utérus, où bien en les détachant des parois de la cavité utérine.

N° IX.

4e POSITION DE L'ÉPAULE DROITE (Baudelocque).

Travail prématuré; version.

Le sujet de cette observation est une femme de quarante-un ans, forte, sanguine et enceinte pour la neuvième fois. La dernière grossesse avait, dès le principe, été fatigante. Elle n'était arrivée encore qu'à la fin du septième mois, lorsque les membranes se rompirent et que les douleurs de l'enfantement se déclarèrent : l'enfant présentait l'épaule droite dans la quatrième position, et sa petitesse permettait de sentir sans peine le coude à gauche, l'humérus et l'épaule en arrière et à droite, et l'avant-bras et même la main en avant. Le côté du thorax était un peu plus haut, mais encore assez facilement accessible.

Je chargeai en conséquence une élève (mademoiselle Desjardins) d'aller chercher les pieds. Elle introduisit la main droite, et parvint sans difficultés jusqu'à la partie antérieure et gauche de l'utérus, où elle saisit le pied droit; la jambe de ce côté servit de guide à la même main, qui bientôt amena également le pied gauche : le reste fut simple, régulier, facile, et, en peu d'instans, fut extrait un garçon pesant trois livres, mais sans aucune apparence de vie. On a remarqué que les membranes, attachées au placenta, étaient fort minces et fort faciles à déchirer.

La santé de la mère s'est parfaitement rétablie.

Cette femme ayant déjà eu huit enfans, et le fœtus étant d'un fort petit volume, il est probable que le travail se serait terminé par évolution *spontanée* si l'on avait abandonné la nature à ses propres forces; mais cette femme avait beaucoup souffert pendant la grossesse, et un travail aussi long que celui que nécessite la terminaison spontanée aurait pu produire des accidens funestes; l'enfant, d'ailleurs, périssait indubitablement, tandis que, par l'opération, nous pouvions espérer de lui conserver la vie, puisqu'il était âgé de sept mois. Un fœtus si petit, lorsque l'orifice utérin est bien ouvert, présente nécessairement une grande partie de sa surface, et c'est là encore une source d'erreurs relativement à la détermination de la position. C'est en pareil cas qu'on peut trouver des positions du *côté du cou* ou de *l'abdomen*, etc. L'utérus, heureusement, n'était pas fortement contracté, sans quoi, cette même petitesse eût été plus nuisible qu'utile, pour des raisons déjà exposées, et l'on n'eût pas aussi aisément exécuté la recherche successive des deux pieds.

En examinant les membranes après la délivrance, on les trouva fort minces, et quelques personnes imaginèrent que le terme prématuré de l'accouchement dépendait de leur ténuité. Je ne saurais partager cette opinion: protégées par l'utérus, les

membranes les plus minces ne peuvent se rompre que quand elles s'en détachent, et cela n'a guère lieu que par l'effet de ses contractions. Les incommodités dont cette femme s'est continuellement plainte pendant sa grossesse prouvent qu'il existait une autre cause, laquelle a déterminé un travail anticipé, dont la rupture des membranes a été l'effet plutôt que l'origine.

N° X.

4e POSITION DE L'ÉPAULE DROITE.

Version; traction sur un seul pied.

Le 7 mars, à deux heures du matin, arriva une femme de vingt-trois ans, lymphatique, parvenue au terme de sa deuxième grossesse et souffrant depuis plus de neuf heures.

La dilatation commençait à s'opérer; mais les membranes, tendues par de violentes contractions, empêchaient de reconnaître quelle partie présentait le fœtus. Vers trois heures du soir, dilatation complète, rupture des membranes, écoulement d'un flot d'eau et procidence d'une portion du cordon ombilical. Je touchai alors et je reconnus l'épaule droite dans la quatrième position. Le coude et l'avant-bras me servirent particulièrement pour établir mon diagnostic.

Sur-le-champ une élève (mademoiselle Montey) introduisit la main droite, souleva le fœtus, arriva

jusqu'aux fesses, et, portant ensuite la main dans une pronation forcée, saisit un pied en avant et à gauche de l'utérus : ce pied était le gauche. Il était placé au-devant de l'autre, et le croisait de manière à être plus rapproché de la partie inférieure de l'utérus. Les difficultés que l'élève éprouva en allant à la recherche du deuxième pied me déterminèrent à l'abandonner ; celui qu'elle avait extrait nous permettait d'ailleurs d'agir suivant les indications, et je fis tirer sur lui seul, en le rapprochant de l'axe du détroit supérieur. En effet, l'évolution s'opéra sans peine, et l'enfant fut extrait suivant les règles, comme s'il eût présenté les pieds dans la première position (B). Les deux bras furent successivement dégagés; le droit au-devant du périnée, le gauche sous les pubis. L'enfant pesait sept livres; il était du sexe masculin; faible d'abord, on l'eut bientôt ranimé. Quant à la mère, elle fut rétablie en peu de jours.

On voit ici, comme dans la plupart des cas, que c'est principalement l'intégrité des membranes qui apporte des obstacles ou des difficultés au diagnostic. L'élévation de la partie qui se présente au détroit supérieur rend sans doute aussi la chose plus obscure; mais, d'après les principes que nous avons énoncés, on peut presque toujours, avec un peu d'habitude, reconnaître, sinon quelle est la position, du moins quelle est la partie. Lorsque nous en sommes là, nous possédons un moyen

bien simple de compléter nos connaissances : c'est de dégager le bras et de le retenir au dehors. La sortie du bras était à-peu-près le seul signe auquel nos anciens maîtres reconnaissaient la présence de l'épaule ; mais il fallait que cette sortie fût spontanée ; ils la regardèrent presque toujours comme un accident, une complication, et se seraient bien gardés de la provoquer.

La disposition des pieds qu'on a pu remarquer ici est assez fréquente. A proprement parler, ce sont les jambes et non les pieds qui se croisent ; il en résulte que le pied qui répond *par continuité* de parties à la hanche la plus élevée, est au contraire le plus bas et le plus rapproché de l'orifice utérin ; il s'ensuit donc nécessairement qu'il est plus facile à atteindre, même lorsqu'on a conduit la main qui opère sur le côté du fœtus qui couvre le détroit supérieur.

Lorsque la face antérieure du fœtus regarde les pubis, il est utile, avons-nous dit, d'agir principalement et même isolément sur le membre qui appartient à la hanche la plus élevée, parce que, en même temps qu'on fait descendre le fœtus, on tourne en arrière sa face antérieure : c'est ce qui a été exécuté dans l'observation que je commente, et exécuté avec le plus grand succès. Mais les jambes ne se croisent pas toujours de la même manière ; tantôt, en effet, la droite est au-devant de la gauche, et tantôt a lieu la disposition contraire. Toutes les fois que la jambe dépendant de

la hanche la plus élevée est au-devant de l'autre, on peut agir sur elle avec avantage; mais lorsqu'au contraire elle est sous l'autre, ou, si l'on veut, derrière elle, il en résulte souvent des difficultés telles qu'on peut à peine amener le pied jusqu'à l'orifice de l'utérus, 1°. parce que la jambe sur laquelle on tire ne peut être librement déployée sur la face antérieure du fœtus, ainsi que le prescrivent très-judicieusement les dogmes admis par tous les bons auteurs; 2°. parce qu'elle tend à entraîner l'autre, et qu'elle est retenue pour peu que cette dernière résiste. Dans le cas même où cette confusion n'a point lieu, par cela même que le membre n'est pas régulièrement dégagé sur la face antérieure du fœtus, il se fléchit moins aisément; vous en forcez l'*adduction*, vous tiraillez l'articulation, et enfin, agissant perpendiculairement sur la hanche dont il dépend, vous ne lui imprimez pas ce mouvement de rotation ou de torsion qui doit tourner en arrière la face antérieure du fœtus. Cette dernière considération nous permet de croire qu'il y aurait moins d'inconvéniens à une pareille manœuvre si, de prime-abord, la face antérieure du fœtus était tournée vers les lombes de la mère. Nous aurons, par la suite, quelques occasions de revenir sur ce sujet important, et de prouver par les faits la théorie que je viens d'avancer.

N° XI.

4e POSITION DE L'ÉPAULE DROITE.

Version irrégulière.

Une femme vigoureuse et sanguine, âgée de trente-un ans, et enceinte pour la deuxième fois, se présenta à nous le 15 juillet 1819.

L'orifice était complètement ouvert ; les membranes bombaient sous l'influence de quelques douleurs passagères : cependant elles n'empêchèrent pas de reconnaître la présence d'une épaule dans la quatrième position. On ne put néanmoins, qu'après la rupture des membranes, reconnaître que cette épaule était celle du côté droit.

Pour plus de certitude, je dégageai le bras, et j'appliquai ensuite un lacs sur le poignet. Cela fait, j'introduisis la main droite vers la partie postérieure et gauche du bassin ; je repoussai le fœtus pour obtenir un libre passage au détroit supérieur, et glissant la main sur le côté, puis sur les fesses, j'arrivai sans grande peine jusqu'aux pieds, en portant la main en devant dans une pronation et une flexion forcées. J'en saisis un, et je l'amenai jusqu'à l'orifice ; mais je ne pus le faire avancer davantage. J'éprouvai même beaucoup de difficultés dans la recherche de l'autre pied ; je ne parvins à le saisir qu'après avoir introduit alternativement l'une et l'autre main : ce fut la gauche

qui acheva l'extraction en tirant à la fois sur les deux membres du fœtus. J'étais parvenue, avec beaucoup de peine il est vrai, à appliquer un lacs sur le pied saisi d'abord, afin de le maintenir vers le haut du vagin, et de le retrouver facilement au besoin.

L'enfant sortit comme dans la première position des pieds (B.); il pesait sept livres; quoique faible, il a vécu. Le bras droit est sorti simultanément avec le thorax; le gauche a été dégagé sans difficulté.

La délivrance avait été fort simple et fort facile : cependant une portion des membranes était restée dans l'utérus, de telle sorte que l'introduction de la main fut nécessaire pour obtenir une évacuation complète. Quelques jours après, parurent les premiers symptômes d'une péritonite bilieuse, que dissipèrent l'ipécacuanha, les sangsues et les ventouses.

On trouve ici un exemple de cette manière d'éclaircir le diagnostic dont j'ai parlé précédemment; on voit que, loin de nous être devenu nuisible, la sortie des bras n'a fait qu'aider à l'extraction, et nous épargner la moitié d'un travail souvent fort pénible.

Cette observation nous offre également la preuve des raisonnemens théoriques annexés à l'observation qui précède, relativement à la manière dont les jambes peuvent se croiser dans

l'utérus. Il est certain que j'avais saisi d'abord le pied appartenant à la hanche la plus élevée (le lacs encore appliqué après l'extraction du fœtus nous en fournit une preuve indubitable), et que ce pied était au-dessous de l'autre et derrière lui.

La constriction permanente de l'utérus ne contribua pas peu aux difficultés de l'opération.

N° XII.

4e POSITION DE L'ÉPAULE DROITE.

Version irrégulière.

Le 3 juillet 1821, une femme de vingt-six à vingt-sept ans, de force médiocre et primipare, était à la salle d'accouchemens depuis quelques heures, quand tout-à-coup les membranes s'ouvrirent, et l'avant-bras droit s'échappa de la vulve avec l'eau de l'amnios.

La main était dirigée de façon que la paume regardait les pubis, et le pouce la cuisse droite. Si l'on s'en fût tenu à ce simple aperçu, on eût pu prononcer pour l'existence d'une deuxième position; mais le toucher rectifia l'erreur que trop de précipitation nous eût fait commettre; l'épaule s'engageait dans le détroit, l'acromion touchait l'ilium droit, l'aisselle regardait à gauche, la clavicule était facilement sentie en avant, et, plus aisément encore, le bord antérieur du scapulum était senti

en arrière ; entre ces os, on distinguait sans peine les côtes et leurs intervalles.

La dilatation étant suffisante, j'introduisis la main droite pour aller chercher les pieds : je devais m'attendre à les trouver en avant et à gauche ; mais je ne sais par quelle singulière disposition je ne pus les rencontrer qu'après bien des tâtonnemens dans lesquels je cherchai vainement à parcourir régulièrement la surface du fœtus ; ils étaient à droite et tout-à-fait au fond de l'utérus : je parvins à m'en saisir et à les extraire successivement, en y employant tantôt une main et tantôt l'autre. Le tronc descendit ; mais l'abdomen du fœtus avait une grande tendance à se tourner vers les pubis ; il fut cependant dirigé en arrière et à gauche par une torsion lente et ménagée, de sorte que tout alla bien jusqu'au moment du dégagement des bras. Pour tourner l'abdomen du fœtus en arrière, on lui avait imprimé un mouvement de rotation dirigé de droite à gauche ; pendant cette rotation, le bras droit, retenu par le côté droit du bassin, s'était trouvé sur le dos du fœtus, et à mesure que celui-ci était descendu, il avait remonté transversalement jusque vers la nuque. Heureusement un lacs avait été placé sur le poignet, et en tirant sur ce lacs, nous fîmes descendre le bras *le long du dos*, par la même route qu'il avait suivie en s'élevant.

Quoique dans un état d'asphyxie incomplète, cet enfant, fort volumineux, a été bientôt ranimé. La mère a été prise d'une péritonite, que la saignée

fit avorter ; une rechute produisit une maladie plus longue, et qui ne guérit qu'après avoir parcouru toutes ses périodes.

Comme beaucoup d'autres, cette observation nous prouve combien on se trouverait embarrassé si l'on voulait toujours s'astreindre invariablement aux règles établies. Nous voyons premièrement combien peu de confiance on doit accorder pour le diagnostic aux signes qui ne seraient déduits que de la direction de la main échappée hors de la vulve ; nous voyons ensuite que le fœtus était dans une attitude fort différente de celle qu'il a d'ordinaire; nous voyons que ce grand précepte de suivre la surface du fœtus n'a pu être d'aucune utilité, qu'il a fallu chercher, tâtonner et agir enfin, sinon au hasard, du moins sans aucune règle, sans aucun guide. Une troisième irrégularité se rencontre encore dans la tendance que l'abdomen du fœtus avait à se porter vers les pubis de la mère, tendance que l'art aurait dû prévenir, et que nous aurions en effet prévenu si la chose eût été possible. Cette tendance, nous parvînmes du moins à la corriger; mais là encore nous trouvons une infraction aux règles. Nous nous étions servis de la main droite pour opérer; nous eussions dû terminer l'accouchement comme dans la première position des pieds; mais nous trouvâmes plus de facilité à réduire le tronc à la deuxième, et sans hésiter, nous le conduisîmes dans cette direction.

Malgré cette facilité, nous ne pûmes empêcher un accident fort commun en pareil cas, surtout quand l'utérus est, comme ici, fortement contracté. Un bras croisa le dos et remonta vers l'occiput. Le seul moyen de prévenir cet accident et de s'épargner beaucoup d'autres soins, ce serait de laisser descendre le fœtus offrant l'abdomen en avant, quitte à retourner la face en arrière après le dégagement des bras, ainsi que nous l'avons amplement expliqué dans le premier Mémoire. Heureusement ici le bras ainsi croisé était celui sur lequel on avait appliqué un lacs; le croisement n'était survenu que par négligence, ou plutôt inattention de notre part; nous aurions dû faire suivre au membre fixé par le lacs le mouvement que nous imprimions au tronc, et peut-être même nous serions-nous servis avantageusement de ce membre pour opérer la rotation du tronc. Quoi qu'il en soit, le lacs nous servit à dégager ce membre avec beaucoup d'aisance, en lui faisant parcourir, en sens inverse, le chemin qu'il avait suivi d'abord, c'est-à-dire, en le faisant descendre le long du dos jusqu'à le rendre parallèle au côté du tronc dont il faisait partie.

Ce fait peut servir à confirmer les idées qui ont été exposées dans une *note de l'éditeur* insérée dans le premier volume.

N° XIII.

4° POSITION DIAGONALE DE L'ÉPAULE DROITE.

Version.

Le 15 novembre 1815, à 9 heures du matin, arriva une femme de trente-trois ans, faible et délicate, irrégulièrement menstruée depuis l'âge de dix-huit ans, et parvenue au terme de sa troisième grossesse. La première grossesse s'était terminée à cinq mois par un avortement; la deuxième au septième mois et par un accouchement artificiel.

A son arrivée, nous trouvâmes l'utérus fortement incliné en avant et à gauche, les membranes rompues dès la veille, et la main droite du fœtus sortie de la vulve. Cette main, considérablement tuméfiée, touchait, par la face palmaire, la grande lèvre gauche, et le périnée par son bord cubital: le pouce était donc tourné en avant. Cette disposition fit présumer la présence de l'épaule droite dans la quatrième position, c'est-à-dire, le scapulum en arrière, la tête à droite, etc. La dilatation paraissant suffisante, je me décidai, d'après ces données, à faire opérer sur-le-champ. Une élève (mademoiselle Marthe) introduisit donc la main droite; mais elle trouva le moignon de l'épaule porté assez fortement en arrière, et par conséquent les pieds du fœtus portés en avant vers la ligne médiane, et inclinés vers le côté droit de la mère. Cette po-

sition diagonale, rapprochée de la deuxième de Baudelocque, l'embarrassa, et je l'engageai à se servir de la main gauche. En effet, elle parvint très-facilement aux pieds, et cheminant directement vers le côté droit et antérieur du bassin, elle amena d'abord le pied gauche, puis le droit, et enfin termina l'extraction comme dans la deuxième position des pieds. On avait eu soin d'abord de retenir au dehors la main sortie; le bras se dégagea presque spontanément en descendant simultanément avec le tronc; l'autre fut aisément extrait, et la tête ne nous arrêta pas un instant.

L'enfant pesait six livres : c'était un garçon vivant.

La mère a été prise des premiers symptômes d'une péritonite bilieuse que les anti-phlogistiques et l'ipécacuanha ont rapidement dissipée.

Cette femme pourrait servir à prouver ce que j'ai dit ailleurs de la disposition particulière qui se rencontre chez certains individus, et qui donne à presque tous leurs accouchemens un caractère irrégulier. Trois fois cette femme est accouchée, et trois fois la nature s'est trouvée en défaut.

La position dans laquelle se présentait le fœtus n'était pas franchement transversale, et je crois qu'on peut expliquer facilement cette particularité. L'utérus était fortement incliné non-seulement à gauche mais encore en avant : or, cette inclinaison de l'utérus favorisait à la fois la présentation d'une

partie latérale du fœtus et sa disposition diagonale, puisqu'elle en dirigeait le grand diamètre d'arrière en avant et de droite à gauche. La main du fœtus avait ici une direction qui n'était pas tout-à-fait en concordance avec celle du reste du corps. Elle nous indiquait une position transversale ; mais nous savons qu'il ne faut pas s'en rapporter absolument aux seuls indices que fournit la présence de la main.

En se représentant exactement la situation diagonale du fœtus et l'inclinaison de ses pieds vers le côté droit du bassin, on sentira aisément pourquoi la main gauche a pu opérer avec quelqu'avantage. Cette position, se rapprochant un peu de la deuxième de Baudelocque, devait aussi rendre les indications un peu analogues à celles de cette deuxième position, qui seule ferait exception (si elle existait) à la règle générale d'employer la main droite pour l'épaule droite, et réciproquement.

N° XIV.

4e POSITION DE L'ÉPAULE DROITE.

Rétrécissement du bassin ; version difficile.

La nommée Ber....d, couturière, âgée de vingt-cinq ans, pâle et maigre, enceinte pour la septième fois, et à terme, fut apportée le 30 juillet 1820, à minuit.

Le bras droit, sorti jusqu'au coude, était presque entièrement dépourvu d'épiderme ; le cordon

ombilical l'avait accompagné; il était noirâtre, froid et sans pulsations. Cette femme se plaignait de douleurs continuelles dans l'abdomen, et de céphalalgie; le pouls était fébrile, la peau sèche, et des nausées, des vomituritions pénibles se répétaient assez fréquemment.

En questionnant la malade, nous apprîmes que, des six enfans qu'elle avait précédemment mis au monde, aucun n'était venu spontanément, aucun n'était né vivant: le dernier avait présenté les pieds. Ces circonstances appelèrent notre attention sur la configuration du bassin, et nous soupçonnâmes un rétrécissement du détroit supérieur: les cuisses arquées de Ber....d tendaient à confirmer ce soupçon, et il devint mieux fondé encore quand elle nous apprit qu'une disposition rachitique ne lui avait permis de marcher qu'à l'âge de deux ans et demi.

Cette femme souffrait depuis le 29 juillet; les membranes s'étaient rompues le 30, à une heure après midi; la main du fœtus et le cordon ombilical s'étaient échappés avec l'eau de l'amnios: deux sages-femmes avaient fait de vains efforts pour aller à la recherche des pieds, et ces efforts réitérés, gênés par l'excessive constriction de l'utérus, me firent craindre que les symptômes fâcheux que nous observions ne fussent dus à une lésion grave de l'utérus, à sa rupture, par exemple.

A l'instant même de l'arrivée de la malade, je la fis placer convenablement, et j'introduisis la

main droite dans le vagin, derrière le bras du fœtus : je sentis fort bien alors l'épaule *enfoncée* dans l'excavation, le scapulum en arrière et l'aisselle à gauche. Bientôt ma main engourdie se trouva dans l'impossibilité d'agir. La main gauche ne fut pas plus heureuse, et ce ne fut qu'après bien des tentatives inutiles que, de la main droite, je réussis à saisir un pied que je trouvai vers la fosse iliaque droite : c'était le gauche; mais il était si peu consistant, il était tellement glissant (car l'épiderme s'en détachait au moindre effort), que je ne pus m'en tenir là. Je parvins à repousser un peu le thorax du fœtus, et je me donnai ainsi plus d'aisance pour saisir et amener le pied droit, de la même main et de la même manière que l'autre. A peine les deux pieds furent-ils à la vulve que l'évolution s'opéra et que le tronc descendit jusqu'aux aisselles. Le bras droit, retenu par un lacs, était sorti avec le tronc ; le gauche avait croisé la nuque ; mais il fut facilement dégagé en avant du fœtus. Quant à la tête, elle avait la face tournée en arrière et à droite ; l'index de la main droite, mis dans la bouche avec le médius, lui imprima les mouvemens convenables, et elle fut extraite à l'instant. Le placenta suivit de près.

L'enfant pesait sept livres ; il était tellement putréfié que les os de la tête vacillaient fort librement, et que le cordon ombilical était rompu près de l'ombilic. L'épaule droite était ecchymosée, gonflée et noire jusque vers le sternum, d'une part,

et le rachis de l'autre. Le bras n'était pas moins altéré.

Après l'accouchement, la mère tomba dans un état de faiblesse alarmant ; elle était excessivement pâle, et le pouls était presque nul. Cet état se dissipa promptement pour faire place à des symptômes de fièvre inflammatoire avec douleurs abdominales, signes certains d'une péritonite commençante. Elle fut enrayée par la saignée, les laxatifs, les bains, etc., etc.

Cette observation doit nous fournir une foule de remarques intéressantes ; nous les suivrons dans l'ordre que nous trace l'observation même.

1°. Le bras était sorti jusqu'au coude, ce qui indiquait que l'épaule était engagée, et par conséquent que le travail durait depuis long-temps, que l'utérus était fortement resserré, et que l'opération serait très-difficile. Ce bras était presqu'entièrement dépourvu d'épiderme : c'était une forte présomption pour croire l'enfant mort : cependant la gangrène, en supposant qu'elle puisse avoir lieu sans la mort générale, aurait pu produire le même effet ; mais un indice qui ne permettait pas le moindre doute à cet égard, c'était la procidence du cordon ombilical noirâtre, flétri et sans pulsations.

2°. Ber...d avait de la fièvre, des vomituritions, etc. ; ces symptômes pouvaient faire craindre des suites funestes ; ils pouvaient appartenir à une péritonite déjà assez avancée ; mais, d'une autre part, l'expé-

rience m'a appris que, fort souvent, un travail assez pénible et assez prolongé pour devenir *fébrile*, produit les mêmes phénomènes, sans que pour cela il y ait ni inflammation ni lésion quelconque, soit à l'utérus, soit au péritoine : ils dépendent seulement de la gêne, de la distension, de l'état de crampe, ou de la fatigue des organes génitaux.

3°. Comme la précédente, cette femme avait toujours eu des accouchemens difficiles, et elle en a pu compter sept semblables; mais ici il existait une cause spécieuse, sinon tout-à-fait évidente, puisque le bassin était resserré.

4°. Les membranes étaient rompues depuis onze heures; l'évolution spontanée ne s'était point faite encore, et cependant la femme était déjà dans un état déplorable : nouvelle preuve contre Denman et les retards qu'il conseille.

5°. Le cordon ombilical et la main s'étaient échappés au moment de la rupture des membranes, circonstance qui se présente de temps en temps dans la pratique, et qui rend indispensable le soin de coucher la femme aussitôt après la rupture des membranes, afin d'opérer sur-le-champ s'il y a lieu. On peut alors travailler à l'accouchement avant que le fœtus ait dû souffrir beaucoup, et que l'utérus se soit vidé de toute l'eau qu'il contenait. Peut-être, si l'on avait eu cette précaution, aurait-on pu agir avec plus d'utilité que ne l'ont fait les personnes qui ont tenté l'opération avant de nous envoyer la malade.

6°. J'opérai moi-même d'une manière très-peu régulière ; le refoulement de l'épaule dans le bassin et la constriction de l'utérus ne me permettaient pas d'opter entre les divers procédés : il fallait chercher le lieu le plus commode pour passer, et il fallut ensuite chercher les pieds à-peu-près au hasard, tant les efforts tentés avant l'arrivée de la femme et les contractions de l'utérus avaient déplacé les parties. Dans une pareille confusion, il est probable qu'un seul pied ne m'aurait pas suffi : aussi je ne cherchai à commencer l'extraction qu'après les avoir amenés tous deux à l'extérieur.

Il n'est pas étonnant qu'au milieu de tant de désordres un bras se soit trouvé mal dirigé ; mais la putréfaction du fœtus avait tellement ramolli ses membres que le dégagement de ce bras ne fut pas fort difficile, quoique probablement exécuté dans un sens opposé à celui selon lequel le croisement s'était produit.

7°. L'ecchymose et le gonflement du bras et de l'épaule prouvaient que le fœtus *était vivant* au commencement du travail. L'étendue considérable de cette ecchymose prouve plus encore : c'est que l'enfant n'est mort que quand déjà l'épaule était profondément engagée dans l'excavation du bassin : on aurait donc pu lui sauver la vie en opérant aussitôt après la rupture des membranes, ainsi que je recommandais tout-à-l'heure de le faire en pareil cas.

8°. La faiblesse qui a suivi l'accouchement ne doit point nous étonner; elle tenait, d'une part, à la perte de sang qui accompagne nécessairement la délivrance, de l'autre, à l'affaissement qui suit toute fatigue, toute douleur, en un mot, toute surexcitation violente. Quant aux symptômes de péritonite, ils peuvent tenir à la fois à un commencement d'inflammation développée pendant le travail, et à la réaction qui a succédé naturellement à l'affaissement et à la faiblesse.

N° XV.

POSITION CUBITALE INCOMPLÈTE DE L'ÉPAULE DROITE.

Version.

Le 25 ventôse an 12, arriva à l'hospice Antoinette Guil...., femme bien portante, âgée de trente-un ans et enceinte pour la deuxième fois.

Elle souffrait depuis sept heures du matin; le soir, on trouva la dilatation complète et la poche membraneuse fortement tendue par de vives contractions utérines; sous leur influence les membranes s'ouvrirent brusquement, et nous pûmes alors reconnaître parfaitement la position du fœtus. Le bras droit traversait d'un côté à l'autre le détroit supérieur; on sentait à droite le moignon arrondi de l'épaule et le pli de l'aisselle; à gauche on faisait le tour du coude, reconnaissable à une saillie anguleuse, et à la forme cylindrique de l'avant-bras qui lui faisait suite.

Sans perdre de temps en préparations inutiles, je me hâtai de profiter des facilités que me laissait la petite quantité d'eau encore contenue dans l'utérus ; j'introduisis la main droite, et marchant directement en avant et à gauche, je sentis les pieds et j'en attirai un hors de la matrice : c'était le droit. Quoique le membre opposé eût été préférable pour opérer les tractions sur un seul, cependant les passages étaient si humides et si faciles que je ne craignis point d'en agir de même avec celui-ci. Effectivement bientôt les fesses s'engagèrent, et je pus ensuite aisément tourner en arrière (relativement à la mère) la face antérieure du tronc, qui, d'abord, regardait en avant. Les bras et la tête se dégagèrent sans difficultés.

L'enfant ne donnait aucun signe de vie ; mais le bain chaud, les frictions, les titillations de la pituitaire et de la glotte, le rappelèrent à l'existence : malheureusement des convulsions l'enlevèrent quatorze heures après.

La mère n'éprouva pas le moindre accident.

En exposant les moyens de reconnaître le bras et le coude, j'ai parlé de la forme de l'avant-bras, et j'ai dit que cette forme le distinguait d'avec la plante du pied. On trouve ici l'application des préceptes que j'ai donnés à cet égard. On doit remarquer encore, dans cette observation, que je n'ai point cherché à suivre la surface du fœtus ; rien n'avait dû déranger son attitude, et connaissant

exactement sa position, je ne pouvais manquer de rencontrer les pieds au lieu où le raisonnement m'apprenait qu'ils devaient être. Le pied que j'avais saisi d'abord ne me donnait aucune facilité pour imprimer au tronc la rotation destinée à tourner la face antérieure en arrière; je ne pus tenter cette opération que lorsque les hanches furent au dehors; mais heureusement l'humidité des passages et l'inertie de l'utérus me permirent d'y procéder sans aucun accident

N° XVI.

4e POSITION CUBITALE DE L'ÉPAULE DROITE.

Version après dégagement du bras.

Le 11 novembre 1819, à cinq heures du matin, arriva à l'hospice une femme de quarante-deux ans, forte et sanguine, enceinte pour la deuxième fois, et à terme. Elle souffrait depuis quelques heures, et il y en avait deux et demie que les membranes s'étaient rompues. L'orifice, bien ouvert, me permit de sentir un membre replié au détroit supérieur; je le dégageai sur-le-champ: c'était le membre supérieur droit, et en reportant le doigt dans le vagin, je sentis le côté du thorax; en même temps je reconnus que le pli de l'aisselle était à droite et le scapulum en arrière. La disposition du coude et la direction de la main m'avaient fait présumer que telle était la position du fœtus; mais je ne m'en rapporte jamais à des signes aussi incertains.

Une élève (mademoiselle Debise) porta sur-le-champ la main droite dans l'utérus, et, soulevant le tronc, vint, en supination forcée, saisir un pied en avant et à gauche : c'était le pied droit; mais, croisé et embarrassé par son congénère, le membre de ce côté ne serait descendu que difficilement; elle l'abandonna pour saisir le pied gauche; après quoi il lui fut facile d'amener l'un et l'autre au dehors, et de terminer l'accouchement comme dans la deuxième position des pieds. La main qu'elle avait introduite semblait plus favorablement disposée pour donner au fœtus la direction de la première position des pieds; mais la nature imprima au tronc une direction différente, et je crus devoir la favoriser : le succès couronna cette conduite prudente.

L'enfant était faible, mais il fut ranimé : c'était un garçon de six à sept livres.

La mère sortit de l'hospice deux jours après, dans un état fébrile, quoique sans aucune douleur.

Je ne répéterai point ici ce que j'ai dit dans les réflexions ajoutées à l'une des observations qui précèdent. Le croisement des deux jambes et les difficultés auxquelles il peut donner lieu y ont été suffisamment discutés. Je n'insiste pas non plus sur la direction que la nature imprima au tronc du fœtus, ni sur notre manière d'agir en pareille occurrence; maintes fois déjà nous avons eu occasion d'appeler l'attention des lecteurs sur ces petits

accidens, qui exigent parfois le sacrifice des préceptes uniquement fondés sur la théorie.

N° XVII.

4e POSITION ACROMIALE DE L'ÉPAULE DROITE.

Version.

Une femme âgée de trente-quatre ans, lymphatique, mais bien portante, et enceinte pour la sixième fois, entra à l'hospice le 23 septembre 1814.

Après environ sept heures de travail, la dilatation parut suffisante pour opérer en cas de nécessité, et je cherchai à dissiper l'incertitude dans laquelle nous étions restés jusque là sur la position du fœtus. A cet effet, je portai la main dans le vagin, et introduisant plusieurs doigts jusque dans l'utérus, je reconnus aisément que le moignon de l'épaule droite occupait le centre du détroit, que la tête était dans la fosse iliaque droite, et la hanche dans la fosse iliaque gauche. Je retirai alors ma main, et une élève (mademoiselle Boyer) y substitua la sienne. En pénétrant dans l'utérus, elle rompit les membranes; mais elle put encore arriver fort librement jusqu'à la partie antérieure et gauche de l'utérus, et, au moyen d'une forte pronation, s'emparer du pied droit, puis l'amener au dehors; le gauche fut ensuite extrait, et l'accouchement bientôt terminé comme dans la première position des pieds. L'enfant, qui pesait

près de huit livres, était putréfié. Une sérosité sanguinolente distendait les trois cavités splanchniques.

La délivrance a été facile, et les suites des couches fort simples et fort heureuses.

La manière dont je cherchai à reconnaître la position du fœtus est la plus convenable de toutes. On ne doit, à mon avis, ouvrir les membranes qu'en cas de nécessité absolue, c'est-à-dire, quand on ne peut, sans cette circonstance même, ayant la main dans le vagin, reconnaître l'état des choses, et que l'on craint d'opérer en passant par-dessus les dogmes. Après avoir reconnu la position, je n'aurais point retiré ma main si je n'eusse voulu confier l'opération à une élève, et je ne l'aurais point retirée quand même j'eusse rencontré une position de l'épaule gauche : c'est un sujet sur lequel je me suis déjà suffisamment expliquée.

Après l'extraction des deux pieds, le fœtus sortit d'autant plus aisément, que la putréfaction l'avait rendu mollasse et compressible. La sérosité qui fut trouvée dans les cavités splanchniques était un effet de cette même putréfaction, et l'on en trouve toujours une quantité plus ou moins considérable dans les fœtus morts depuis un temps assez long. Cette sérosité s'amasse par *transsudation* cadavérique; le sang dissous transsude et s'épanche avec elle en traversant les parois des gros vaisseaux, dont les pores sont relâchés par la pu-

tréfaction. Peut-être même une partie de cette sérosité provient-elle de l'eau de l'amnios, laquelle aurait pénétré, par *imbibition*, jusque dans l'intérieur des cavités splanchniques.

N° XVIII.

4e POSITION CLAVICULAIRE DE L'ÉPAULE DROITE.

Version brusquée.

Cette observation a pour sujet une femme de vingt-deux ans, bien constituée, sanguine, régulièrement et abondamment menstruée, mais seulement depuis l'âge de dix-huit ans. Mal portante pendant la durée de sa troisième et présente grossesse, elle était parvenue cependant à la fin du neuvième mois, lorsque se déclara le travail de l'enfantement (30 octobre 1813). En peu d'heures la dilatation fut complète, et je pus, à travers les membranes, reconnaître, dans un moment d'inertie, la quatrième position de l'épaule droite. Je pus surtout sentir aisément, en devant du fœtus et de la mère, la *clavicule, et l'avant-bras* reployé sur le thorax, que je reconnaissais à la saillie des côtes et à la mollesse des intervalles.

Une élève introduisit la main droite, et, avec les précautions ordinaires, saisit en avant et à gauche un pied qu'elle amena au dehors. Là, il fut fixé par un lacs, puis l'élève alla chercher l'autre, guidée par le membre déjà extrait : elle y

parvint sans peine, et acheva l'extraction comme dans la première position des pieds. Cette opération fut faite par mademoiselle Pinel.

L'enfant a vécu ; son poids était de sept livres à-peu-près ; c'était un garçon.

La mère sortit bien portante le huitième jour après l'accouchement.

Quoique l'intégrité des membranes soit généralement un obstacle très-réel au diagnostic, cependant, lorsque l'utérus n'est pas contracté, les membranes sont flasques, et permettent de toucher le fœtus, pourvu qu'il ne soit pas trop élevé au-dessus du détroit supérieur.

Celui-ci était incliné sur la face antérieure, peut-être à cause d'une obliquité considérable de l'utérus, quoiqu'il n'en soit pas fait mention dans les notes qui me restent. Cette inclinaison rapprochait du centre du détroit le devant de la poitrine, et de là vient que la clavicule était si facile à sentir, ainsi que l'avant-bras appliqué sur le devant du thorax. Cette disposition ne peut que faciliter la recherche des pieds, puisqu'elle les rapproche de l'ouverture supérieure de l'excavation.

Le premier pied fut saisi au moment même de la rupture des membranes. Pour le trouver, on se contenta de porter directement la main au lieu où, d'après la position et l'attitude connues, il devait se trouver. Le deuxième fut extrait plus régulièrement : l'écoulement de l'eau et un commencement

de constriction de l'utérus ne permettaient pas d'agir à la légère.

N° XIX.

3e POSITION DE L'ÉPAULE GAUCHE.

Version.

Une couturière, âgée de vingt-sept ans, mal réglée depuis l'âge de onze ans, mais assez robuste, était enceinte pour la quatrième fois, et parvenue au commencement du neuvième mois, lorsqu'elle commença à souffrir, le 21 août 1815, à trois heures du matin.

A cinq heures du soir, la dilatation était complète; mais il était impossible de s'instruire de la position du fœtus vu l'intégrité et la tension des membranes. Pour reconnaître quelle était cette position, et pouvoir établir des indications plus certaines, je rompis les membranes, et portant la main dans le vagin, je reconnus l'épaule gauche dans la troisième position. Pour faire partager ma conviction aux élèves, j'entraînai au dehors le membre supérieur, et je le fixai près de la vulve par un lacs appliqué sur le poignet : le pouce se dirigeait en avant, et la paume de la main du côté droit de la vulve. Sur-le-champ une élève (mademoiselle Mahieu) introduisit la main gauche, repoussa le fœtus, et parvint aux pieds au moyen d'une pronation forcée. Elle les saisit tous deux à la fois, et termina l'extraction comme si les pieds

se fussent présentés dans la deuxième position (B.). Rien du reste de particulier, si ce n'est que la face fut abaissée dans l'excavation au moyen des doigts appuyés sur les côtés du nez, et non sur la mâchoire inférieure. L'enfant, du sexe masculin, était vivant, et pesait sept livres.

Le placenta détaché couvrait, centre pour centre, l'orifice utérin, et des caillots s'accumulaient dans la cavité de l'organe; deux doigts, glissés derrière les pubis, accrochèrent le bord de cette masse vasculaire, et permirent d'en faire l'extraction, à l'aide du cordon ombilical. Ce fut là le seul accident dont la mère eut à souffrir.

La direction de la main, après avoir été extraite, nous sert quelquefois à calculer celle du tronc, et pour cela, nous la supposons dans un état moyen entre la pronation et la supination. C'est effectivement l'attitude qu'elle affecte de préférence; mais on sent combien il est facile que cette attitude soit changée. La main du fœtus est, comme tous ses membres, si mobile, si flexible, que, pour peu que le vagin offre d'étroitesse, il peut lui donner une direction toute différente : aussi ce moyen d'éclairer le diagnostic n'est-il pour nous que très-secondaire.

La rupture des membranes, l'extraction du bras et la démonstration faite aux élèves, tout cela fut l'affaire d'un instant; l'opération n'en fut pas beaucoup moins facile que si j'avais conservé les mem-

branes avant de la commencer. Cette conduite doit cependant être toujours préférée; mais, pour l'instruction des élèves, j'ai pu parfois sacrifier de légers avantages, quand j'étais sûre que quelques précautions de plus rendraient ce sacrifice sans dangers pour la mère et pour son enfant.

N° XX.

3° POSITION DE L'ÉPAULE GAUCHE.

Version brusquée et irrégulière.

Le 23 mars 1820, arriva à l'hospice une femme âgée de vingt-deux ans, d'une constitution robuste et d'un tempérament sanguin, enceinte pour la première fois.

Elle souffrait depuis neuf heures; les membranes bombaient, l'orifice était dilaté, et l'on ne pouvait rien sentir qui fît connaître la position qu'affectait le fœtus. Cette incertitude, jointe au ralentissement des douleurs, me décida à faire terminer l'accouchement.

Mademoiselle Granière introduisit la main droite dans l'utérus, et, passant entre la paroi postérieure et les membranes, arriva jusqu'au fond de l'organe: là elle rompit les membranes, et chercha à reconnaître la situation du fœtus. Son dos était en arrière; sa tête occupait la fosse iliaque gauche, et son extrémité pelvienne était inclinée *au-dessus* de la fosse iliaque droite: donc le fœtus présentait à l'orifice l'épaule gauche dans la troisième

position. Quoique les règles prescrivent d'employer, en pareil cas, la main gauche, l'élève préféra, d'après mon conseil, d'achever l'opération avec la main introduite : seulement elle changea la supination en pronation forcée, et saisit le pied droit vers la partie antérieure et droite de l'utérus; le pied gauche fut ensuite extrait, mais conformément aux règles, c'est-à-dire, en introduisant la main gauche. Le reste n'offrit aucune difficulté. L'enfant pesait près de sept livres; il eut besoin de secours. La mère sortit le 29 mars sans avoir éprouvé le plus léger accident.

Voilà un des exemples les plus saillans de la facilité avec laquelle on opère contradictoirement aux règles, lorsque l'utérus contient encore une grande quantité d'eau. Assurément si, après avoir rompu les membranes, l'élève eût retiré sa main pour introduire celle du côté opposé, elle eût rencontré beaucoup plus de difficultés, et eût causé des souffrances bien plus grandes à la mère, en même temps qu'elle eût mis l'enfant en danger. Lorsque la matrice est ainsi libre et largement distendue, une inflexion latérale du poignet suffit pour donner à la main droite presqu'autant de facilités dans la terminaison d'une troisième position de l'épaule gauche que dans celle d'une quatrième de l'épaule droite. Dans l'une comme dans l'autre, les pieds regardent en avant; mais dans la première ils sont inclinés à droite; ils se portent à

gauche dans la deuxième. Cette inclinaison n'est très-considérable (*voy.* le Mémoire précédent, art. *Mécanisme*) que quand l'utérus est oblique : donc la différence n'est pas grande, lorsque rien ne rend nécessaire la précaution de suivre régulièrement le côté du fœtus, et de passer sur les fesses pour arriver aux pieds sans crainte de s'égarer, comme le pourrait faire une personne peu instruite et tout-à-fait sans expérience. Le pied droit a dû nécessairement être saisi le premier, puisqu'il était le plus rapproché du côté où avait pénétré la main de la sage-femme ; par la même raison, ce membre, étant dégagé, aurait considérablement gêné la même main ; la main gauche pouvait seule pénétrer avec aisance le long du côté interne de ce membre, afin de faire descendre du même côté le pied gauche : le simple bon sens nous dictait cette conduite, de laquelle nous obtînmes le plus heureux succès.

N° XXI.

3e POSITION DE L'ÉPAULE GAUCHE.

Procidence de la main ; version.

Un femme faible et lymphatique, réglée depuis l'âge de quatorze ans, enceinte pour la première fois et à terme, arriva le 27 septembre 1810. Le travail commençait, et il marcha avec rapidité. A deux heures, la dilatation était complète, les mem-

branes étaient fortement tendues, et l'on sentait flotter, dans les eaux, un membre peu volumineux, et dont les doigts, assez longs et recourbés ou fléchis, furent reconnus pour appartenir à l'une des deux mains : nulle autre partie n'était accessible, et je ne pouvais savoir si la tête ou si l'épaule était au-dessus de cette main, qu'en rompant les membranes. C'est à quoi je me déterminai, prête à opérer l'accouchement si la circonstance l'exigeait. En effet, ayant reconnu l'épaule gauche dans la troisième position, j'ordonnai sur-le-champ à une élève (mademoiselle Murh) de porter la main gauche dans l'utérus, et de la conduire promptement, en pronation forcée, sur les pieds, qui devaient être situés en devant et à droite. A la faveur de l'eau qui restait encore dans l'utérus, elle pénétra aisément au lieu désigné, et amena d'abord le pied droit : ce pied, répondant à la hanche la plus élevée, nous suffisait pour imprimer au tronc les mouvemens convenables; je me contentai de faire tirer sur lui seul; l'autre se releva au-devant de l'abdomen et du thorax. Le tronc, les bras et la tête furent successivement dégagés suivant les règles établies, et nous eûmes bientôt extrait un enfant faible, il est vrai, mais viable et promptement ranimé. La mère n'a rien éprouvé de fâcheux.

Le petit volume du membre est sans doute une présomption en faveur de la présence d'un mem-

bre supérieur; mais il faut pourtant se rappeler que, même après la révolution complète des neuf mois, il est des enfans qui n'ont encore acquis qu'une fort petite taille et un embonpoint très-médiocre. La longueur des doigts recourbés vers la paume de la main est un signe assez souvent facile à distinguer; il n'est pas rare même, lorsque l'enfant est vivant, de le sentir serrer dans sa main le doigt de la sage-femme qui le touche; cependant on y serait quelquefois trompé, surtout quand la partie est fort élevée dans le bassin, et que l'on n'en peut sentir que les dernières extrémités : il est alors bien difficile de distinguer les doigts d'avec les orteils. Mais quand, au contraire, la main du fœtus est assez basse pour être touchée aisément, non-seulement on la reconnaît, mais encore on peut quelquefois distinguer le pouce à l'écartement qui le sépare des autres doigts, et prononcer sur le côté du corps auquel cette main appartient. Il est moins aisé de distinguer ainsi le gros orteil quand un seul pied se présente; mais la chose est aussi bien moins importante. Ce qu'on doit remarquer surtout dans cette observation, c'est l'avantage avec lequel nous avons agi sur un seul pied, parce qu'il répondait à la hanche la plus élevée, et que la face antérieure du fœtus était tournée du côté des pubis de la mère.

N° XXII.

3e POSITION DE L'ÉPAULE GAUCHE.

Sortie du bras; version; traction sur un seul pied; mort de la mère et de l'enfant.

Mademoiselle Bouchard, sage-femme à Valence (Tarn et Garonne), fut appelée, le 13 mars 1814, auprès d'une femme presque mourante. Enceinte pour la sixième fois et à terme, cette femme avait commencé à souffrir le 11 mars, et, à l'instant même, les membranes s'étaient rompues. Les douleurs s'étaient suspendues d'abord pour reparaître le 12; depuis ce moment, elles n'avaient pas cessé. Le bras gauche du fœtus sortait de la vulve, il était énormément tuméfié, et l'épaule, considérablementgonflée elle-même, s'engageait dans l'excavation du bassin.

Il était deux heures du soir quand mademoiselle Bouchard vit cette femme; elle opéra sur-le-champ. De la main gauche, elle tenta de repousser le tronc du fœtus (sans s'occuper du bras sorti), de manière à pouvoir pénétrer au-dessus du détroit: elle n'y parvint qu'avec beaucoup de peine, tant l'utérus était contracté, et crut même que ce détroit était rétréci; mais c'était probablement une erreur qui naissait de la force avec laquelle le fœtus y était serré et enfoncé par la matrice. Elle arriva, sans règle et sans autre méthode que celle

des tâtonnemens, jusque sur le pied gauche, qu'elle amena à la vulve, et dont elle se servit pour opérer le pelotonnement et achever l'extraction. L'enfant était mort, comme on devait s'y attendre: c'était une fille de sept livres.

La mère, déjà épuisée, s'affaiblit encore de plus en plus; l'utérus restait inerte, et l'on eut beaucoup de peine à arrêter une hémorrhagie qui suivit de près l'accouchement. A dix heures du soir, cette malheureuse avait expiré.

Il aurait été bien difficile, dans un cas semblable, de procéder à une opération régulière; le pied gauche, étant le plus abaissé, fut saisi le premier : on aurait eu plus d'avantage à agir sur le droit; mais celui-ci fut cependant suffisant, sans doute parce que le fœtus était déjà ramolli par un commencement de décomposition putride.

L'hémorrhagie qui suivit l'accouchement dépendait de l'inertie de l'utérus épuisé par un travail si long et si pénible ; elle acheva de dissiper le peu de force que la fatigue et la douleur n'avaient point ôté à la malade.

Cette observation est encore un exemple à apporter contre l'opinion de Denman sur l'évolution spontanée du fœtus ; elle montre à quel état on réduirait la mère et l'enfant si, dans de semblables accouchemens, on voulait s'en rapporter uniquement aux efforts de la nature.

N° XXIII.

3e POSITION CUBITALE DE L'ÉPAULE GAUCHE.

Version régulière.

Euphrasie Mos...., âgée de quarante-deux ans, lymphatique et réglée depuis l'âge de dix ans, était déjà mère de dix enfans; elle était parvenue au milieu du huitième mois de sa dernière grossesse, lorsque, dans un effort violent, elle ressentit une douleur assez vive dans l'hypochondre droit. Elle arriva sur-le-champ à l'hospice; mais le col de l'utérus, encore assez long, écartait toute crainte d'un accouchement prématuré. Pendant un mois, la douleur persista malgré l'application d'un vésicatoire; une toux opiniâtre s'y joignit, et, dans les secousses qu'elle produisait, les membranes se rompirent. Cet événement eut lieu vers le milieu du neuvième mois. Les douleurs utérines se déclarèrent alors; elles marchèrent avec lenteur, et la dilatation s'opéra par degrés insensibles.

Le 13 décembre, les douleurs redoublèrent, et la dilatation s'acheva : la partie que présentait le fœtus, jusqu'alors inaccessible, fut aisément reconnue. Une saillie anguleuse occupait le centre du bassin; à cette saillie faisaient suite deux parties cylindroïdes, dont l'une, plus volumineuse et située plus en arrière, fut suivie, du côté droit de la mère au côté gauche, jusqu'au pli de l'aisselle

et jusqu'au thorax (bras); l'autre, plus mince, plus mobile, située plus en devant et paraissant un peu plus élevée (avant-bras), se terminait également vers le côté droit par un appendice plus mobile encore (main). Pour plus de certitude, j'attirai au dehors la dernière partie, et je reconnus par la vue ce que le toucher m'avait déjà appris, c'est-à-dire, que nous avions affaire à une quatrième position de l'épaule gauche. Je commençai par appliquer un lacs sur le poignet; j'ordonnai ensuite à une élève instruite (mademoiselle Cadeau) d'aller à la recherche des pieds. Elle introduisit la main gauche en supination, repoussa le tronc pour se faire place, passa aisément sur les fesses, et ramenant la main en supination en avant et à droite, elle sentit les deux pieds, en amena un à l'extérieur, et retourna, guidée par le membre inférieur dégagé, jusqu'au second pied qui, bientôt joint au premier, servit à exécuter les manœuvres ordinaires pour une extraction régulière du tronc. Celui-ci fut d'ailleurs chassé, presqu'en un instant, par les contractions utérines aussitôt que le pelotonnement fut opéré.

L'enfant ne pesait que quatre livres; il était du sexe masculin, et ne donnait aucun signe de vie.

Du reste l'accouchement a eu, pour la mère, les suites les plus heureuses.

Je ne sais jusqu'à quel point on peut admettre,

comme cause de la mauvaise posture du fœtus, la secousse produite par l'effort dont il est parlé plus haut. Cet accident eut lieu au terme de sept mois et demi, et la femme n'accoucha qu'un mois après. Il est difficile de croire qu'une position produite par un effort ait pu se conserver pendant un temps aussi long.

Lorsque le travail se déclara, la première partie que le toucher fit reconnaître fut le coude du fœtus : quand cette partie peut être bien examinée et suivie dans toute sa surface, elle suffit, ai-je dit, pour permettre d'établir un diagnostic complet. Le coude était à droite relativement à l'aisselle, et l'avant-bras, replié sur le thorax, était en avant : cette disposition ne pouvait appartenir qu'à la troisième position de l'épaule gauche ; j'en étais bien convaincue pour ma part, et si je dégageai la main, ce fut plutôt pour en donner aux élèves une conviction égale à la mienne, que pour dissiper des doutes que je n'avais point. Ce dégagement est pour nous une chose à-peu-près indifférente : lorsqu'il n'est pas absolument nécessaire pour le diagnostic, je ne cherche point à le produire, parce qu'alors ses avantages et ses inconvéniens sont à-peu-près égaux. En effet, s'il est utile de pouvoir fixer un membre supérieur au dehors pour faciliter la rotation et l'extraction du tronc, et surtout pour prévenir un déplacement, un croisement défavorable, il est vrai aussi de dire que la présence d'un bras dans le vagin, sans être aussi incommode

que l'imaginaient les anciens, gêne cependant plus ou moins les manœuvres de l'opérateur.

Je ferai remarquer au lecteur une circonstance qui s'est rencontrée ici, comme dans une multitude d'autres cas : c'est la rapidité avec laquelle le fœtus a été *expulsé* par l'utérus *après l'évolution artificielle*. Nous voyons par là combien l'évolution spontanée coûte à la nature quand il faut qu'elle seule l'opère (1); nous voyons qu'on ne peut attribuer à l'inertie directe de l'utérus la lenteur du travail dans tous les cas semblables.

Il faut noter encore que, sans opium, sans saignées excessives, sans aucun anti-spasmodique, nous avons obtenu, par l'expectation, la dilatation de l'orifice utérin. Nous l'avons déjà dit, cette dilatation, pour être un peu plus lente, n'en est pas moins certaine, et la nature l'opère constamment, soit que le membre supérieur du fœtus descende dans le vagin, soit qu'il reste enfermé dans la cavité utérine. Le plus souvent, quand on nous a apporté des femmes en travail depuis un temps assez long, et offrant un bras échappé de la vulve, nous avons trouvé la dilatation complète ; les difficultés ne dépendaient alors ni de la présence du bras,

(1) En effet, puisque l'évolution étant faite, la nature achève si facilement l'ouvrage commencé par l'art, il est évident qu'elle était arrêtée par la situation du fœtus, et que, jusque là, ses efforts, quoique très-réels, avaient été insuffisans.

selon la pensée des anciens, ni de la constriction de l'orifice utérin, suivant le sentiment des modernes, mais bien de la constriction de toutes les fibres de la matrice et de l'enfoncement du fœtus dans l'excavation du bassin. Le tronc du fœtus seul, foulé dans le détroit supérieur et maintenu par l'utérus fortement contracté, fermait tout passage à l'opérateur; et c'eût été mutiler sans fruit l'enfant ou la mère que *d'enlever le bras* sorti de la matrice, ou *scarifier l'orifice* de l'utérus.

N° XXIV.

3e POSITION CUBITALE DE L'ÉPAULE GAUCHE.

Version.

Le 2 décembre 1816, entra à la maison d'accouchement une femme de vingt-quatre ans, lymphatique, faible, enceinte pour la deuxième fois, et menacée d'accoucher prématurément, sans qu'on pût déterminer la cause de ce travail anticipé (six mois et demi).

Les douleurs, pendant quelque temps suspendues, reparurent le 7 janvier 1817. Le 8, à une heure du matin, la dilatation était de neuf à dix lignes; les membranes, saillantes et descendues dans le vagin en forme de cylindre, empêchaient de reconnaître la position du fœtus. Ces membranes, spontanément rompues à deux heures, permirent de sentir un coude engagé dans l'ori-

fice. Peu à peu cet orifice acheva de s'ouvrir, le bras et l'avant-bras descendirent, le côté du thorax s'approcha et couvrit le détroit supérieur. Je dégageai l'avant-bras, et après avoir bien déterminé que la position était la troisième de l'épaule gauche, après avoir attaché un lacs au poignet, je confiai à une élève la terminaison de l'accouchement. Il était alors cinq heures du matin. L'élève (mademoiselle Boissier), soutenant le fond de l'utérus avec la main droite appuyée sur l'abdomen, glissa la gauche vers le côté droit du bassin, puis, la ramenant en pronation en passant sur les fesses, saisit les deux pieds à la fois, les amena au dehors, et termina sans difficultés l'accouchement comme dans la deuxième position des pieds.

Cette extraction fut singulièrement facilitée par les efforts des muscles abdominaux et de l'utérus, qui chassèrent le tronc, ne laissant à l'élève que le soin de le diriger autant que faire se pouvait.

L'enfant était mort, ainsi qu'on devait s'y attendre ; car, depuis plusieurs jours, la mère n'en avait point senti les mouvemens ; il était du sexe masculin et pesait environ trois livres. Suites heureuses pour la mère.

La forme *cylindroïde* des membranes, coexistant avec la présence d'une épaule ou, si l'on veut, d'un bras dirigé *transversalement et horizontalement*, prouve bien la futilité des inductions qu'on a voulu tirer de la forme sous laquelle la poche membra-

neuse se présente dans le haut du vagin. Le bras en effet n'était point pendant, et le coude ne s'est engagé dans l'orifice qu'après la rupture des membranes.

L'évacuation de l'eau de l'amnios exigeait qu'on procédât régulièrement à la recherche des pieds. Le calme des fibres utérines permettait d'opérer avec méthode : d'ailleurs, la présence du coude au centre du détroit entraînait nécessairement un certain degré d'abaissement des pieds, et devait les rendre plus accessibles. C'est effectivement dans de pareilles positions, et c'est alors seulement, qu'on peut dire que l'enfant est *couché* en travers, et que ses pieds sont vers l'une des fosses iliaques : dans les positions franches, les pieds se trouvent vers le fond de l'utérus, c'est là qu'il faut les chercher.

N° XXV.

3e POSITION SCAPULO-CUBITALE DE L'ÉPAULE GAUCHE.

Version.

Jeanne Ques..., âgée de trente-trois ans, lymphatique, réglée depuis l'âge de dix-huit ans, était enceinte pour la seconde fois, et à terme.

Les membranes s'étaient rompues dès les premières douleurs, et ce ne fut que quarante-huit heures après que, sur le conseil d'une sage-femme, elle se rendit à l'hospice.

Le 3 novembre 1817, à cinq heures du matin,

on trouva l'orifice épais, dur et à peine ouvert. On put aussi sentir au détroit supérieur une partie volumineuse que l'on reconnut, aux côtes et à leurs intervalles, au voisinage du scapulum et du bras, pour la partie postérieure du thorax. On pouvait même sentir le côté de l'abdomen presque jusqu'à la hanche, et l'on n'atteignait qu'avec quelque peine le pli de l'aisselle. Ce pli était au côté gauche du bassin ; le scapulum était en arrière, et le bras un peu en avant.

La femme fut saignée et baignée. Vers trois heures de l'après-midi, la dilatation me parut suffisante pour le passage de l'enfant. En conséquence, je glissai la main gauche vers la partie postérieure et droite du bassin, et repoussant le tronc du fœtus, je passai entre les fesses et le côté droit du détroit supérieur; puis je ramenai ma main en supination forcée en devant et à droite, pour saisir les deux pieds à la fois et les amener au dehors. Le reste de l'extraction fut exécuté comme pour la deuxième position des pieds, et singulièrement aidé par les contractions de l'utérus et des muscles abdominaux.

Je tirai ainsi un garçon peu volumineux et très-faible : il fut bientôt ranimé.

Une métrite se déclara quelques jours après l'accouchement ; le traitement anti-phlogistique l'avait considérablement mitigée; mais Jeanne Ques... voulut absolument sortir de l'hospice le sixième jour de ses couches, quoique malade encore assez fortement.

Cette position était encore plus inclinée que celle de l'observation précédente, puisque le pli de l'aisselle était fort rapproché de l'un des côtés du détroit supérieur. Outre cette inclinaison, il en existait une autre qui rapprochait le dos du fœtus de l'ouverture supérieure de l'excavation. On doit faire attention au petit volume de ce fœtus pour s'expliquer aisément la possibilité d'une telle position. Si la première de ces inclinaisons favorisait les tentatives de l'opératrice, la seconde devait les contrarier, puisqu'elle rapprochait du fond de l'utérus les pieds, toujours appliqués sur la partie antérieure de l'enfant. Cependant l'opération ne fut pas fort difficile, parce que l'enfant, en raison de son petit volume, était descendu plus bas qu'on n'aurait dû l'espérer dans une semblable attitude, et que l'utérus ne s'était point encore fortement appuyé sur lui.

N° XXVI.

3e POSITION CLAVICULAIRE DE L'ÉPAULE GAUCHE.

Version.

Catherine Lec...., âgée de trente ans et enceinte pour la deuxième fois, habitait un village situé à douze lieues de Paris; parvenue à la fin de son huitième mois, elle se mit en route pour se rendre à l'hospice de la Maternité; elle y arriva le deuxième jour complémentaire de l'an 7, excédée de fatigue et dans un état fébrile assez intense. Son voyage

avait été fait, tantôt à pied, et tantôt sur un âne qui, plusieurs fois, l'avait jetée à terre.

La malade ressentait quelques douleurs, pendant lesquelles on pouvait sentir, à travers un col encore peu ouvert, les membranes se tendre et bomber assez fortement. Ces douleurs, excitées sans doute par tant de secousses, ne s'arrêtèrent point malgré le repos le plus complet; le col s'effaça, et l'orifice commença à s'ouvrir; bientôt même les membranes se déchirèrent. Ce fut alors seulement qu'on put reconnaître bien certainement la position du fœtus; jusque là on n'avait senti que quelques inégalités. On reconnut sans peine que le bras traversait d'un côté à l'autre le détroit supérieur, que l'épaule et l'aisselle étaient placées vers l'ilium gauche, que le coude était voisin de l'ilium droit, que l'avant-bras fléchi *au-devant* du bras (relativement à la mère comme au fœtus) était, ainsi que la main, appliqué sur le thorax, et enfin que le devant du thorax, reconnaissable surtout à la clavicule et aux côtes, était un peu incliné vers le détroit supérieur. Sur-le-champ j'introduisis la main gauche dans le vagin, et profitant de l'humidité des passages et de la liberté de l'utérus, j'arrivai en un instant sur les pieds : j'amenai d'abord le droit, puis le gauche, et j'achevai promptement l'extraction en suivant les procédés ordinaires.

L'enfant était dans un état de faiblesse presqu'inséparable de la manière dont il était né;

bientôt rappelé à la vie, il a été emporté par sa mère, qui, après une métrite peu violente, est sortie en bon état le dixième jour de sa couche. Cet enfant était du sexe féminin; il pesait quatre livres et demie.

On peut raisonnablement ici attribuer aux secousses produites par le voyage, et surtout par les chutes, la position défavorable de l'enfant, aussi-bien que le travail anticipé qui se déclara peu après l'arrivée de la malade.

La petitesse de l'enfant permit de parcourir toute l'étendue du membre supérieur fléchi sur le côté du thorax, et peut-être est-ce cette facilité qui fit paraître la clavicule plus accessible, et supposer que le fœtus était un peu incliné, par sa face antérieure, sur le détroit abdominal du bassin. En suivant l'axe du détroit inférieur, le doigt devait heurter plus facilement la face antérieure du fœtus que la postérieure, quand même l'épaule eût été bien directement dans le plan du détroit supérieur.

N° XXVII.

4e POSITION DE L'ÉPAULE GAUCHE (B.).

Version.

Le 31 janvier 1816, à quatre heures après-midi, arriva à l'hospice une femme de trente-cinq ans, forte et sanguine, enceinte pour la seconde

fois, et parvenue à la révolution complète du neuvième mois.

Depuis la veille, elle ressentait les douleurs du travail puerpéral, et l'eau de l'amnios s'écoulait lentement par une déchirure non parallèle à l'orifice. Sur ce dernier, les membranes formaient encore une poche qui bombait faiblement pendant la douleur. Tous les passages étaient humides et dilatables, mais l'orifice à peine ouvert. A travers les membranes, on ne pouvait sentir que quelques parties inégales, mobiles et peu volumineuses, qui nous firent présumer la présence de l'un des membres supérieurs. Deux jours se passèrent sans changement dans l'état que nous venons de décrire, à l'exception des douleurs, qui avaient tout-à-fait cessé.

Le 2 février matin, douleurs énergiques, face rouge et tuméfiée, état demi-fébrile. La poche membraneuse n'existait plus, et je pus toucher à nu une épaule. L'indication d'opérer était positive; mais il fallait attendre que l'orifice fût complètement dilaté; il le fut dans l'après-midi : alors, portant la main dans le vagin, je reconnus que l'épaule, arrêtée au détroit supérieur, était la gauche, et qu'elle s'offrait en quatrième position. J'en obtins la certitude complète en dégageant le bras et amenant la main hors de la vulve. Elle y fut fixée par un lacs, tandis qu'une élève ancienne (mademoiselle Radoux) portait la main gauche dans l'utérus. Elle arriva, en suivant régulière-

ment la route prescrite par les dogmes, jusqu'aux pieds du fœtus, qu'elle rencontra en arrière et à gauche : le droit était croisé sur l'autre ; elle l'amena d'abord, mais ne put le faire descendre fort bas, retenu, comme il l'était, par le membre du côté gauche : ce dernier fut dégagé plus aisément après que l'on eut retenu, par un lacs, le pied droit vers le milieu de la hauteur du vagin. L'évolution fut bientôt opérée, et le reste de l'opération fut exécuté avec facilité et promptitude, et sans aucune infraction aux règles.

L'enfant ne donnait d'abord aucun signe de vie ; les soins les plus empressés ne purent prolonger son existence au-delà de quelques heures.

La mère sortit en pleine santé le onzième jour après l'accouchement.

On peut reconnaître ici un de ces cas dont j'ai parlé dans le premier volume, et dont il sera bientôt question encore, dans lesquels peu d'eau sépare de la poche membraneuse la partie que le fœtus présente ; dans lesquels la rupture des membranes détermine l'accélération du travail. Si l'orifice eût été dilaté plus tôt, je n'aurais point attendu leur rupture spontanée ; j'aurais cherché à dissiper notre incertitude sur la position de l'enfant, et j'aurais profité de l'eau encore contenue dans l'utérus pour faire opérer avec plus d'aisance et moins de dangers.

N° XXVIII.

4e POSITION DE L'ÉPAULE GAUCHE.

Version régulière.

Une femme de vingt-six ans, bien constituée et primipare, arriva à l'hospice le 3 mai 1821.

Elle souffrait depuis cinq à six heures : membranes rompues, eaux écoulées. L'abdomen était fort peu volumineux ; et cette femme se déclarait grosse d'environ six mois et demi. Le toucher nous apprit que l'enfant présentait l'épaule gauche, et sa petitesse permettait de sentir à la fois le bras, le coude et le thorax. Il était transversalement dirigé, la hanche à droite et la tête à gauche.

L'utérus, fortement contracté, poussait l'enfant vers le bassin, et s'appliquait sur ses membres ; d'ailleurs, cet enfant était si petit que rien n'eût été plus facile que de prendre, au tact, les membres supérieurs pour les inférieurs, si l'on n'eût procédé à la terminaison de l'accouchement avec méthode et régularité.

Une élève ancienne (mad. Besche) introduisit doucement la main gauche, et, profitant d'un instant d'inertie, repoussa le fœtus, franchit le détroit supérieur en portant la main vers la fosse iliaque droite : là, sans abandonner la surface du fœtus, elle glissa sa main sur les fesses, et saisit,

au-devant d'elles, le pied gauche, qui se trouvait plus élevé que le droit par l'effet du croisement des jambes. Cependant l'utérus se contractait de nouveau, et l'on ne put qu'avec beaucoup de peine attirer à la vulve le pied déjà saisi. L'extraction du second fut beaucoup plus facile, le membre sorti servant de guide à la main, et l'utérus étant retombé dans l'inaction.

Dès-lors l'extraction fut simple et prompte; le sternum et la face se dégagèrent en arrière et à gauche, c'est-à-dire, comme dans la deuxième position des pieds (B.). L'enfant ne pesait que *deux livres et demie;* il avait la peau rouge et molle; il était si faible qu'on ne put parvenir à lui conserver la vie. C'était un garçon.

La mère fut prise des premiers symptômes de la péritonite, et en même temps, de symptômes gastriques auxquels on opposa le vomitif et les laxatifs huileux; les sangsues achevèrent la cure, et la malade partit en pleine convalescence dix jours après son accouchement.

Cet enfant était si petit qu'il serait probablement sorti spontanément; mais quoique nous n'eussions guère l'espoir de lui conserver la vie, cependant nous devions tenter tous les moyens d'y parvenir; la mère, d'ailleurs, n'aurait pu se débarrasser spontanément qu'après de longues douleurs, et un travail bien plus fatigant et bien plus dangereux que ne pouvait l'être notre opération.

Le petit volume du fœtus avait facilité le resserrement de l'utérus, et rendait l'opération plus difficile. J'ai assez longuement exposé les causes de cette particularité pour me contenter ici de rappeler le fait à la mémoire du lecteur.

N° XXIX.

4e POSITION DE L'ÉPAULE GAUCHE.

Version difficile.

Le 15 mai 1821, se présenta à la salle d'accouchement une femme de vingt-un ans, faible et vacétudinaire, parvenue à la fin du huitième mois de sa seconde grossesse.

Le matin, à son arrivée, l'orifice commençait à s'ouvrir, les membranes bombaient avec force, et elles s'avancèrent peu à peu jusqu'à la vulve. L'utérus était *très-fortement* incliné à droite, au point de prendre une direction presqu'horizontale. La femme fut couchée sur le côté gauche, et l'on corrigea alors aisément l'obliquité. Bientôt les membranes se rompirent, et l'on reconnut sans équivoque la quatrième position de l'épaule gauche; le scapulum était en avant, la clavicule et l'avant-bras en arrière, le coude à gauche, et l'aisselle à droite. Le cordon ombilical descendit aussi dans le vagin.

Sans perdre de temps, trouvant l'orifice convenablement ouvert, je fis procéder à l'extraction du

fœtus. Madame Déjean, élève ancienne, introduisit la main gauche, et parvint, en suivant la surface du fœtus, jusqu'aux pieds, qu'elle trouva croisés l'un sur l'autre. L'utérus, déjà contracté, la gênait dans ses manœuvres; elle ne put saisir qu'un pied: c'était le droit, qui se trouvait au-devant du gauche; il fut amené et fixé à la vulve; la même main retourna à la recherche du deuxième pied. L'utérus s'était resserré de plus en plus sur l'enfant, dont le petit volume favorisait un pareil effort; ce petit volume même permettait au fœtus de s'enfoncer davantage : aussi fut-il fort difficile de le repousser et de pénétrer au-dessus du détroit supérieur. Cette difficulté vaincue, l'accouchement fut bientôt terminé.

L'enfant était mort, et pesait trois livres et demie. La femme eut les suites de couches les plus heureuses.

Cette observation a été citée à l'article des *Causes*, dans le Mémoire qui précède; je la donne ici seulement avec un peu plus de détails.

Le lecteur peut se rappeler les particularités qui la rendent remarquable. La principale est le changement présumable de la position et sa production par le redressement d'une obliquité utérine. Il est impossible d'admettre que la quatrième position de l'épaule ait coexisté avec une obliquité latérale droite; il est donc certain que cette position ne s'est établie que quand, pour redresser l'utérus, nous avons cherché à favoriser l'obliquité opposée.

Le fœtus a pu, dans ce mouvement, se déplacer avec d'autant plus de facilité qu'il était d'un fort petit volume. Cette petitesse a rendu l'extraction difficile, et ce pour des raisons déjà plusieurs fois exposées.

N° XXX.

4e POSITION DE L'ÉPAULE GAUCHE.

Version difficile et irrégulière.

Caroline Lej...., couturière, âgée de dix-neuf ans, bien constituée, abondamment et régulièrement menstruée depuis l'âge de douze ans, avait eu deux accouchemens prématurés, et elle était déjà enceinte de sept mois, lorsque les douleurs parurent. Au même instant les membranes s'ouvrirent, et la main gauche du fœtus s'échappa de la vulve. Aussitôt elle se fit porter à l'hospice : elle y arriva le 5 février 1817, environ quatre heures après la rupture des membranes. L'orifice était bien ouvert, et la position n'était pas équivoque; l'épaule était à droite du bassin, et le scapulum en avant : je me hâtai donc de terminer l'accouchement. J'introduisis la main gauche dans le vagin; mais il me fut impossible de repousser le fœtus pour suivre sa surface, et, passant au-dessus du détroit, arriver jusqu'aux pieds : j'essayai d'y porter la main droite; mais ce ne fut qu'après plusieurs échanges que cette dernière parvint *directement* en avant et à gauche du bassin, et put saisir et amener le pied droit. L'utérus était si fortement

contracté que je n'osai tirer sur un seul membre : heureusement je pus, après bien du travail et bien des tâtonnemens, amener le pied gauche. L'extraction fut dès-lors simple et facile ; le petit volume du fœtus rendit son passage extrêmement aisé ; mais cette petitesse même avait été en partie la cause des peines que m'avait données la recherche des pieds.

Il ne pouvait y avoir, dans ce fait, aucune équivoque relativement au diagnostic, puisque la main du fœtus était sortie de la vulve : l'emploi de la main gauche semblait être indiqué par la position ; mais les difficultés, auxquelles je m'attendais avec juste raison, me déterminèrent de prime-abord à opérer de la main droite, toujours plus forte et plus adroite.

L'utérus était très-fortement serré sur le fœtus, et la petitesse de celui-ci contribuait à augmenter les difficultés, non-seulement en favorisant la constriction de l'organe, mais encore en facilitant l'enfoncement du tronc dans le bassin et la confusion des membres. Ce petit volume du fœtus, si gênant dans les premiers momens, devint extrêmement favorable dans les derniers, puisqu'il rendit l'extraction beaucoup plus facile. L'évolution ou le pelotonnement est aussi, en général, singulièrement facilité par la petitesse du fœtus : on ne craint point en pareil cas les effets de la rétrogression de la tête, mouvement si dangereux quand

l'enfant est volumineux et la matrice contractée, mouvement qui produit si souvent la rupture de ce dernier organe. Un fœtus fort petit est aussi fort souple, et son extrémité pelvienne descend dans l'excavation sans que la tête soit bien fortement repoussée; le tronc se ploie, et les parties supérieures sont à peine déplacées; l'utérus souffre peu par conséquent, et court des risques d'autant moindres que l'accoucheur, éprouvant aussi bien moins de résistance, emploie des efforts moins violens.

N° XXXI.

4e POSITION DE L'ÉPAULE GAUCHE.

Version; un seul pied.

La femme dont il s'agit avait vingt-deux ans; elle était sanguine et bien constituée, mal réglée, mais bien portante, enceinte pour la deuxième fois et à terme.

Elle ressentit les premières douleurs le 30 août 1811, et ne se fit transporter à l'hospice qu'après vingt-quatre heures de travail: l'orifice était encore peu dilaté, les membranes tendues, la position inconnue: seulement on soupçonna la présence d'une extrémité, ou pour mieux dire d'un membre, soit supérieur, soit inférieur. Cinq heures après l'arrivée de cette femme, les membranes se rompirent, et aussitôt je reconnus l'épaule gauche dans la quatrième position.

Une élève fut choisie à l'instant pour procéder à la version. Mademoiselle Dackveiller introduisit la main gauche, et, favorisée par l'humidité des passages, arriva promptement aux pieds du fœtus, en glissant sur lui jusque dans la partie postérieure et gauche de la matrice. Elle amena d'abord le pied gauche, et chercha vainement ensuite à faire descendre le droit; l'utérus, déjà resserré, lui interdisait tout passage. On tira sur le premier, et le fœtus fut extrait comme dans la première position des pieds. L'enfant était faible; on l'a ranimé en peu d'instans : c'était un garçon du poids de six livres.

La mère est partie quelques jours après sans avoir ressenti la moindre incommodité.

Relativement à la recherche des pieds, cette observation ne nous inspirerait aucune réflexion que nous n'ayons déjà eu l'occasion d'émettre; mais une chose à remarquer, c'est que le fœtus a été extrait comme dans la première position des pieds, quoique nous eussions employé la main gauche; et que, d'ordinaire en pareil cas, on réduise le fœtus à la deuxième position. Mais nous n'avions à notre disposition qu'un seul pied, et c'était le pied dépendant de la hanche la plus basse; nous ne pouvions donc nous en servir pour faire exécuter au fœtus le mouvement de rotation assez compliqué (un demi-tour entier) et assez étendu, destiné à cette réduction. En conséquence il était plus simple,

plus naturel, et d'ailleurs plus facile, en tirant directement et sans rotation sur le pied, de faire descendre le fœtus comme dans la première position : le dos restait tourné en avant et à gauche; car nos tractions, dirigées en dernier lieu presque parallèlement à l'axe du détroit inférieur, avaient dû rapprocher des pubis la hanche gauche. Ce procédé nous a du reste fort bien réussi, et l'événement a prouvé que nous aurions eu tort de nous conduire différemment : tout procédé qui nous eût fait perdre du temps eût pu devenir funeste à l'enfant, qui, malgré notre précipitation, naquit dans un état de faiblesse assez inquiétant.

N° XXXII.

4e POSITION DE L'ÉPAULE GAUCHE.

Sortie d'un bras et d'un pied; version.

La nommée Far...., âgée d'environ vingt-cinq ans, brune, robuste et fort acariâtre, était déjà mère de trois enfans, et se trouvait encore enceinte de huit mois, lorsque les douleurs parurent. Après trois jours de souffrances peu violentes, elle se confia à une sage-femme qui rompit imprudemment les membranes; la main gauche du fœtus s'échappa à l'instant même du vagin. On appela alors deux accoucheurs, et tous les trois firent successivement des tentatives réitérées pour aller à la recherche des pieds; ils en amenèrent un au dehors,

et firent aussi descendre, dans le vagin, la main droite. Après bien des efforts infructueux, ils envoyèrent cette femme à notre hospice. Elle y arriva le 7 mai au soir, dans un état de fièvre assez intense et de douleur non continue, mais assez vive. Elle était tellement exaspérée par ses fatigues antérieures, et d'ailleurs si grossière et si brutale que nous prîmes le parti de la laisser reposer jusqu'au lendemain.

Le 8 mai, à neuf heures du matin, je voulus essayer, en présence du professeur Dubois, d'aller chercher l'autre pied. La chose n'était pas facile, car l'*avant-bras* était sorti en totalité, ce qui indiquait que l'épaule s'était enfoncée dans l'excavation; d'une autre part, la main droite et le pied gauche remplissaient le vagin; mais la plus grande difficulté naissait de l'indocilité de la malade : pour la découvrir et l'examiner, il fallait la faire contenir par cinq ou six aides, tant elle redoutait la douleur qu'elle s'attendait à ressentir de nos opérations comme de celles qu'elle avait déjà subies. Quatre fois elle fut mise sur le lit de travail, et quatre fois sa pétulance, ses vociférations, ses hurlemens empêchèrent de rien entreprendre. Les prières étaient sans effet; les menaces en produisirent un peu plus, et saisissant un moment de bonne volonté, j'introduisis dans le vagin la main gauche; je sentis que l'épaule y était en grande partie engagée, et que l'omoplate s'appliquait sur la face postérieure des pubis : alors, sans chercher à pénétrer plus avant, je poussai l'épaule avec

tous mes doigts réunis en agissant sur le thorax au voisinage de l'aisselle, en même temps que, de la main droite, je tirais le pied gauche du fœtus qu'on avait précédemment amené à la vulve. De ces deux efforts combinés résulta un mouvement de bascule qui fit remonter l'épaule et descendre l'extrémité pelvienne ; l'évolution ne fut pas plutôt achevée que le fœtus fut, pour ainsi dire, lancé au dehors.

Il était assez volumineux et demi-putréfié ; l'épiderme s'enlevait facilement à la surface de l'avant-bras ; le placenta le suivit de près, et la mère se trouva d'autant plus satisfaite que ce soulagement lui avait été procuré presque sans douleur.

Cependant la fièvre persista et résista même aux saignées ; la malade se plaignait de tranchées utérines, nonobstant lesquelles elle voulut absolument partir le lendemain.

J'appelle imprudente la rupture des membranes, puisqu'elle fut faite à l'étourdie et sans savoir quelles en pouvaient être les suites. Ce qui prouve que la sage-femme n'était point préparée aux événemens lorsqu'elle fit cet acte d'inconséquence, c'est qu'au lieu d'opérer sur-le-champ et de profiter des dispositions favorables qui pouvaient exister encore, elle perdit du temps et même n'osa se charger seule de la terminaison de l'accouchement. Les personnes qui furent appelées auprès de la malade trouvèrent sans doute la chose un peu

moins heureusement disposée que si les membranes n'eussent pas été rompues d'avance : cependant leurs tentatives réitérées, et le peu de fruit qu'elles en tirèrent, prouvent qu'elles n'auraient peut-être pas su profiter d'un état de choses plus avantageux. Leurs efforts ne firent que nous rendre les recherches plus difficiles, en changeant l'attitude du fœtus, et surtout en exaspérant l'imagination de la femme à tel point qu'il n'était plus possible de l'approcher. Lorsqu'enfin elle consentit à se laisser examiner, lorsque je reconnus que l'épaule était assez engagée pour que le bras sortît de la vulve jusqu'au coude, et que l'on avait amené la main du côté opposé jusque dans le vagin, je dus m'attendre à éprouver les plus grandes difficultés pour l'introduction de ma main dans l'utérus, et cette attente m'engagea à essayer d'abord la manœuvre que j'ai décrite : elle réussit complètement ; l'évolution se fit sans douleurs et sans dangers. Sans doute on s'était contenté jusque là de tirer sur le pied sans chercher à repousser l'épaule, et c'est dans la simultanéité de ces deux mouvemens que je trouvai moyen de faire ce qu'on n'avait pu opérer jusqu'alors. Il faut convenir aussi que le ramollissement du fœtus par la putréfaction a dû me donner des facilités qu'on n'aurait pu espérer la veille.

Cette observation nous fournira encore deux remarques : la première est que le placenta, comme après tout travail un peu prolongé, a suivi im-

médiatement l'enfant ; ce qui indique qu'il était détaché depuis quelque temps. Cette circonstance, amenant inévitablement la mort de l'enfant, mérite quelqu'attention ; elle doit nous engager, en général, à ne pas attendre trop long-temps quand, après la rupture des membranes, la femme éprouve des douleurs un peu énergiques.

La deuxième remarque est que cette femme avait été copieusement saignée sans que les manœuvres en devinssent plus faciles et plus fructueuses. Tout autre moyen, destiné à faciliter la dilatation de l'orifice, n'aurait pas eu plus d'avantages ; la dilatation était complète, et ce n'était pas l'orifice ni même la présence du bras, mais bien la contraction de l'utérus et l'engagement de l'épaule qui gênaient l'opérateur.

N° XXXIII.

4e POSITION CUBITALE DE L'ÉPAULE GAUCHE.

Version régulière.

Le 20 mars 1821 arriva à la salle d'accouchement une femme assez forte, âgée de trente-trois ans, et parvenue au huitième mois de sa cinquième grossesse. Depuis deux jours elle souffrait, et les membranes s'étaient rompues la veille : l'orifice, complètement ouvert, permettait de reconnaître l'épaule gauche dans la quatrième position ; le bras et l'avant-bras, pliés parallèlement l'un à l'autre, tra-

versaient le bassin de droite à gauche; le coude était aisément cerné par le doigt explorateur et l'épaule plus difficilement atteinte. Un léger effort suffit pour dégager l'avant-bras et la main. On la retint à la vulve au moyen d'un lacs, et une élève fut chargée d'aller chercher les pieds. Mademoiselle Chenillon introduisit la main gauche, et vu la petitesse du fœtus jointe à l'écoulement des eaux de l'amnios, elle suivit régulièrement le côté du fœtus, après l'avoir repoussé, passa sur les fesses, et se trouva sur les pieds en portant la main en arrière et dans un état de supination forcée. Le pied gauche, amené d'abord, fut fixé à la vulve; le droit fut dégagé ensuite, et le tronc descendit en un clin d'œil.

L'enfant était du sexe masculin; il pesait trois à quatre livres, et offrait déjà quelques traces de putréfaction.

La mère s'est bien portée.

On trouvera, dans cette observation, un exemple bien marqué d'une position cubitale, et l'exposé succinct d'une version très-régulière.

N° XXXIV.

4e POSITION ACROMIALE DE L'ÉPAULE GAUCHE.

Version régulière.

Une femme robuste, sanguine, réglée dès l'âge de douze ans, et huit jours chaque mois, était par-

venue, à travers bien des incommodités, à la fin du huitième mois de sa deuxième grossesse.

Elle arriva à l'hospice le 14 juillet 1813, à huit heures du matin. L'orifice était complètement dilaté; et, malgré l'intégrité des membranes, l'absence de toute douleur me permit de distinguer la quatrième position de l'épaule gauche. L'acromion était presqu'au centre; on aurait pu sentir une partie du côté du cou, et je distinguai sans peine le scapulum en avant, la poitrine et la clavicule en arrière, et surtout le pli de l'aisselle, et le bras dirigé de droite à gauche; la petitesse du fœtus me permit même de suivre le bras jusqu'au voisinage du coude, et de sentir que l'avant-bras se fléchissait en arrière.

Je chargeai mademoiselle Courroie, élève ancienne, d'aller à la recherche des pieds. Elle y employa la main gauche, saisit d'abord le pied gauche, et comme la jambe de ce côté avait croisé l'autre, elle l'entraîna, de sorte que les deux pieds descendirent à la fois. Bientôt après, elle eut entre les mains un enfant femelle du poids de quatre livres environ, faible, mais viable.

La mère est sortie, bien portante, le neuvième jour de ses couches.

On a pu remarquer plusieurs fois que c'est surtout la petitesse du fœtus qui produit des variétés dans les positions; on conçoit sans peine, en effet, qu'un enfant peu volumineux, s'enfonçant

plus aisément dans l'excavation pelvienne, présente au centre de cette excavation une plus grande partie de sa surface que n'y pourrait offrir un fœtus d'une plus grande taille. Celui-ci présentait l'acromion vers le centre du bassin; sa tête, par conséquent, était tout-à-fait appuyée, par sa base, sur le bord du détroit supérieur, et toute la région latérale du cou aurait pu être sentie dans l'aire du même détroit.

Je ne reviens pas sur les équivoques auxquelles pourrait donner lieu une semblable position; je me contenterai de faire remarquer un nouvel effet de la *décussation* des deux jambes : c'est qu'en saisissant celle dont le pied se trouve le plus élevé, on peut quelquefois les entraîner toutes deux ensemble : ajoutons cependant que pareille chose ne peut s'opérer que quand le fœtus est fort petit et l'utérus peu ou point contracté.

N° XXXV.

4e POSITION SCAPULAIRE DE L'ÉPAULE GAUCHE.

Version.

R. Poiss...., femme de trente-deux ans, d'un tempérament sanguin, enceinte pour la deuxième fois et à terme, commença à ressentir les douleurs de l'enfantement le 30 janvier 1811.

Pendant les deux derniers mois de sa grossesse, elle avait été continuellement fatiguée par une diarrhée que rien n'avait pu suspendre.

Dès les premiers instans du travail, on put sentir à travers les membranes, dans l'intervalle des douleurs, une partie mobile, irrégulière et facilement reconnaissable pour être un des membres du fœtus, mais pas assez pour qu'on pût indiquer si c'était un membre supérieur ou inférieur, et, à plus forte raison, le droit ou le gauche.

Lorsque la dilatation fut complète, je cherchai à m'éclairer davantage, et je n'y parvins qu'en rompant les membranes. Pour me donner plus de temps et éviter une trop prompte évacuation de l'eau, je procédai à ces recherches dans un moment d'inertie ou de repos de la matrice. Je sentis alors l'omoplate et la partie postérieure du pli de l'aisselle derrière et au-dessus des pubis, l'acromion répondant à droite, et le bras s'étendant vers la gauche. Cette disposition, bien constatée, ne pouvait appartenir qu'à l'épaule gauche; elle seule pouvait, en quatrième position, offrir le scapulum en avant. En conséquence j'ordonnai à une élève (mademoiselle Bory) d'introduire la main gauche, et d'aller chercher les pieds vers la partie postérieure et gauche du fond de l'utérus. Elle marcha directement de ce côté, glissant aisément sur la surface du fœtus, qu'un peu d'eau, sortie du fond de la matrice, humectait encore de temps à autre; elle suivit le pied gauche et l'amena au dehors. Les tentatives qu'elle fit ensuite pour avoir le pied droit commençaient à fatiguer la femme, et remarquant que le fœtus était assez mobile et les

passages fort libres, je fis tirer sur le pied dégagé; puis, quand les fesses furent descendues, j'accrochai l'aîne droite avec le doigt indicateur. Nous dégageâmes alors très-facilement la totalité du fœtus; mais, au lieu de l'amener comme dans la deuxième position des pieds, ainsi que les règles le prescrivent, ne pouvant tirer que sur un seul membre, nous nous contentâmes de suivre la direction qu'il plut à la nature d'imprimer au tronc, et il sortit comme dans la première position, c'est-à-dire le dos à gauche et en avant. Le bras droit fut dégagé au-devant du périnée; le gauche était descendu spontanément pendant les tentatives qu'on avait faites pour amener le second pied; il avait été retenu au dehors par un lacs, et se trouva tout naturellement dégagé derrière les pubis, en même temps que le thorax.

L'enfant était du sexe féminin, du poids d'environ six livres; il a vécu.

La malade a été bientôt rétablie et débarrassée en même temps de sa diarrhée.

Je n'ajouterai rien aux détails de diagnostic donnés ci-dessus; ils suffisent pour confirmer les principes énoncés dans plusieurs articles du Mémoire.

VIe MÉMOIRE.

Hémorrhagie utérine et Avortement.

APRÈS nous être occupés des positions du fœtus et des préceptes qui leur sont applicables, il nous reste à examiner bien des points importans et que nous rangerons sous les chefs suivans :

- . ACCIDENS :
  - du côté de la mère :
    - Hémorrhagie - avortement ;
    - Convulsions ;
    - Ruptures intérieures et extérieures.
  - du côté du fœtus :
    - Procidence d'une main, du cordon, etc. ;
    - Blessures, arrachemens, mort, difformités.
- . OBSTACLES :
  - dépendant de la mère, et siégeant dans
    - L'utérus :
      - Grossesses extra - utérines ;
      - Obliquités, rigidité ; inertie.
    - Le vagin et les parties externes ;
    - Le bassin.
  - dépendant du fœtus :
    - Jumeaux ;
    - Difformités, hydrocéphale, etc.

Un plan aussi vaste fournirait aisément matière à plusieurs volumes ; mais, pour ne point dépasser le but que nous nous sommes proposé, pour ne point aller au-delà de l'utile et du nécessaire, nous restreindrons chacun des Mémoires qui vont suivre autant que nous le permettra l'importance du sujet.

Un des plus remarquables est sans contredit celui qui va nous occuper d'abord. Des exemples fréquens ont, dans tous les siècles, effrayé les gens de l'art, et ont appelé toute leur attention. Aussi n'est-il aucun accoucheur qui n'ait consacré quelques pages, et quelquefois des volumes, à l'étude de ce point important, dont ils n'ont malheureusement pas totalement chassé l'obscurité, l'incertitude.

Je ne parlerai point ici des hémorrhagies qui reconnaissent pour cause une solution de continuité, une déchirure, soit que le sang s'écoule au dehors, soit qu'il s'infiltre dans les tissus voisins. Je ne traiterai en ce moment que des pertes de sang qui sont dues à la sortie de ce fluide par les ouvertures naturelles des vaisseaux, soit des capillaires exhalans, soit des sinus veineux de l'utérus.

Je laisserai aussi aux physiologistes et aux pathologistes la description des hémorrhagies qui ont lieu hors l'état de grossesse ou de couche : elles ne sont point directement du domaine de l'art des accouchemens.

On définit généralement l'hémorrhagie une perte de sang qui met les jours de la mère en danger; mais ce nom ne me paraît pas moins convenir à des pertes trop peu abondantes pour affaiblir sensiblement l'individu, mais assez pour donner des inquiétudes relativement à leurs suites, comme celles qui précèdent ordinairement l'avortement. Cette gravité, cette abondance de l'hémorrhagie ne peut fournir de distinctions que relativement au pro-

ostic, et nous baserons notre division principale
ur l'époque de l'*espace puerpéral* à laquelle pa-
aît l'accident ; nous en déduirons quatre chefs
rincipaux :

1°. Hémorrhagies des premiers mois de la gros-
esse — avortement (1) ;

2°. Hémorrhagies des derniers mois — décolle-
ent du placenta ;

3°. Hémorrhagies qui paraissent durant le travail
e l'accouchement—*idem ;*

4°. Hémorrhagies qui suivent l'accouchement—
ertie utérine.

---

(1) On sait que le nom d'*accouchement prématuré* est
servé à celui qui donne naissance à un enfant viable quoi-
l'expulsé avant terme.

Les anciens nommaient *effluxio* l'avortement des pre-
iers jours, *aborsus* celui des premiers mois, et *abortus*
lui des derniers. Rien n'est ordinairement plus difficile
ue de constater positivement l'époque à laquelle s'opère
avortement, si l'on n'en veut juger que par les ren-
gnemens fournis par la mère, même dans les cas où le
tus n'est point mort depuis long-temps, même dans ceux
il est encore vivant. Cependant je crois avoir remarqué
e le plus grand nombre a lieu vers le sixième mois. Le
tus pèse alors une à deux livres. Cinq mois et trois mois
nt ensuite les termes les plus abondans en avortemens.
ant aux accouchemens prématurés, j'ai remarqué qu'il
ît bien plus d'enfans à sept mois qu'à huit, et peut-être
-ce la cause du préjugé mis en faveur par Hippocrate
sujet de la plus grande viabilité des fœtus nés au pre-
er de ces deux termes.

ARTICLE PREMIER.

§ Ier. *Définition.* Je réunis à dessein l'*hémorrhagie des premiers temps de la grossesse et l'avortement*, parce que l'un marche rarement sans l'autre, qu'ils reconnaissent les mêmes causes, et enfin que leurs symptômes et leurs indications se confondent. L'hémorrhagie des derniers mois détermine souvent l'accouchement prématuré : c'est par un mécanisme tout différent, c'est avec des symptômes particuliers, c'est en fournissant des indications spéciales et souvent opposées à celles qu'établissent l'avortement et l'hémorrhagie des premiers mois. Cette dernière est, la plupart du temps, le résultat d'un effort général, d'une sorte de mouvement fébrile, tandis que l'autre peut être considérée comme *mécaniquement* produite. L'une tient à un accroissement dans l'action des *exhalans et des fibres utérines ;* l'autre à la dénudation des *orifices veineux,* par l'effet du décollement du placenta. C'en est assez pour autoriser la division que nous avons adoptée. Entrons maintenant en matière.

§ II. *Causes.* Il n'est peut-être pas une seule des circonstances ordinaires de la vie, un seul genre d'événemens, un seul ordre de maladies qui n'ait été réputé cause d'avortement. Pour éviter le vague dans lequel cette multiplicité a jeté plus d'un auteur, nous passerons rapidement sur les causes douteuses, et nous n'insisterons que sur celles qui

peuvent nous offrir quelques considérations utiles. Le moindre examen suffit effectivement pour faire apprécier la valeur de la plupart de ces causes supposées, pour faire voir que, dans l'ignorance où l'on était des causes véritables, on en a cherché dans les circonstances les plus indifférentes, et qu'on ne s'est alors appuyé sur aucun autre argument que sur ce raisonnement si souvent ridicule : *post hoc ergo propter hoc*. Lisez nos auteurs, et vous verrez que l'odeur d'une bougie mal éteinte a quelquefois provoqué l'avortement, ou bien qu'un mouvement de mauvaise humeur, de dégoût, de caprice, etc., a suffi pour le produire.

Pour procéder avec plus d'ordre nous distinguerons d'abord les causes qui dépendent de la mère ou agissent primitivement sur elle, et celles qui ont leur source dans le fœtus ou qui portent sur lui de prime-abord.

A. Toute violence extérieure, toute secousse brusque et forte, surtout si elle est plus particulièrement rapportée à l'utérus, peut causer une hémorrhagie par décollement du placenta, et par suite l'avortement; elle peut aussi exciter tellement la sensibilité, l'irritabilité de l'utérus, que cet organe ne puisse plus souffrir la distension que lui imprime le produit de la conception. Ainsi, on a vu des coups, des chutes, des pressions, des exercices véhémens déterminer l'hémorrhagie et l'avortement. Nous avons vu les excès de l'exercice vénérien produire un effet analogue; dans ce cas,

cependant, on parvint à arrêter l'hémorrhagie et à prévenir la sortie prématurée du fœtus.

Le plus souvent les causes qui agissent sur la mère ont une action plus générale : c'est en affectant toute l'économie qu'elles affectent aussi l'utérus, qui, chez les femmes enceintes, est l'organe le plus sensible, le plus susceptible. Une fièvre (avortement épidémique), une passion violente, une secousse universelle, quoique jetant le trouble dans toutes les fonctions, pourront exciter plus particulièrement dans la matrice une activité qui ne lui permettra plus de conserver le rhythme ordinaire de ses fonctions; savoir de l'exhalation et de la contraction.

La pléthore générale est la cause la plus fréquente de l'hémorrhagie des premiers mois et de l'avortement (1). On sait que le nouvel état des femmes, que le surcroît d'action établi dans l'utérus, se propageant à toute l'économie, leur donne une singulière tendance à l'état fébrile, à l'état de pléthore relative. Eh bien! presque jamais vous ne rencontrerez l'hémorrhagie et l'avortement sans que des symptômes de fièvre ou de pléthore ne les aient précédés. Si l'on pouvait conserver quelques doutes sur ces deux points, j'apporterais en

(1) *Voyez* BURTON, pag. 412, et ROEDERER, § 721. « J'ai constamment observé, dit M. Fodéré, chez les femmes qui n'ont jamais pu porter à terme, que ..... l'avortement avait lieu par suite d'efforts hémorrhagiques spontanés. » (*Journal complém.*, janvier 1819.)

preuve, d'une part le sang couenneux des femmes enceintes, les hémorrhagies nasales, la somnolence, les vertiges, la céphalalgie, les inflammations et catarrhes auxquels on les voit si souvent en butte, et d'autre part l'action emménagogue des bains chauds (PARÉ) et des substances purgatives irritantes, qui n'ont pu agir sur la matrice que par l'effort, le *molimen* général qu'ils déterminaient.

C'est plutôt à une semblable excitabilité générale, jointe sans doute à une plus grande excitabilité de l'utérus en particulier, qu'à un défaut d'extensibilité de cet organe (1), qu'on doit attribuer l'impossibilité dans laquelle semblent être certaines femmes de conserver leur fruit jusqu'au terme ordinairement prescrit par la nature. En évitant toute secousse, toute excitation, on parvient souvent à dissiper cette funeste inaptitude, ce qui

(1) Ce défaut existe quelquefois, puisque diverses maladies organiques de l'utérus s'opposent à la continuation de la grossesse jusqu'à un terme un peu avancé. On peut apporter aussi en preuve la fréquence de l'accouchement prématuré dans les gestations doubles ou triples. On ne prétend pas ici rapporter tout, sans exceptions, à l'état pléthorique, au molimen général, mais seulement affirmer que telle est la disposition la plus ordinaire. Nous verrons plus loin qu'une violence portée sur l'utérus et prolongée quelque temps a des effets fort analogues à ceux du molimen : or, la distension peut très-bien avoir les mêmes résultats.

prouve évidemment qu'elle ne peut être attribuée à la rigidité des fibres.

On partagera plus aisément encore cette opinion si l'on considère que la plupart de ces femmes sont plutôt sanguines que lymphatiques (quoi qu'on en ait dit), que chez elles l'avortement est imminent à chaque époque menstruelle, et qu'il arrive d'ordinaire à l'une de ces époques, phénomène qu'on ne peut attribuer qu'à l'habitude dès longtemps inhérente à toute l'économie et à l'utérus, non d'une contraction expulsive, mais d'un *molimen* hémorrhagique et périodique (1). J'ai vu, il y a peu de temps, une femme éprouver, à huit reprises différentes et à des époques régulières, pendant le cours de la grossesse, les mêmes incommodités qui la tourmentaient ordinairement au retour de ses menstrues; l'écoulement du sang seul n'avait point lieu. L'accouchement fut heureux et facile.

Je conclus donc que, le plus souvent, l'avortement est l'effet d'une cause intérieure et générale; que même, quand une cause extérieure le *décide*, il a fallu, si elle n'était pas très-puissante, une prédisposition intérieure qui consistât dans un état de pléthore et de fièvre dont le mode d'action particulier sera examiné plus bas. Si les violences extérieures avaient autant d'influence qu'on l'a cru,

---

(1) « *Abortus nunquàm faciliùs succedit ac in terminis menstrui fluxûs aliàs suetis.* » (KLEIN, *Int. clin.*)

presqu'aucune femme ne pourrait atteindre au terme naturel; l'expérience prouve, au contraire, que la proportion des avortemens est très-faible relativement à celle des accouchemens à terme, puisque, sur 21,960 femmes (1) reçues en neuf années à l'hospice, nous n'avons observé que 116 avortemens et 32 accouchemens prématurés.

B. Les causes qui agissent primitivement sur le fœtus déterminent toujours, à mon avis, l'avortement par un mécanisme analogue (2). En effet, supposons qu'une violence extérieure cause chez le fœtus une commotion mortelle; supposons qu'une difformité considérable, une maladie grave, le fasse périr ou ralentisse la nutrition, nous ver-

---

(1) Il faut remarquer cependant que l'avortement du premier et du deuxième mois n'est pris quelquefois que pour une perte ou pour un retour abondant des menstrues accidentellement suspendues. Les femmes, en pareil cas, ne viennent guère à l'hospice; de là peut-être cette différence qui se trouve entre nos observations et celles des accoucheurs qui assurent que l'avortement est d'autant plus facile et plus fréquent que la grossesse est plus récente. (*Voyez* l'une des notes qui précèdent, p. 317.)

(2) La pléthore de la mère semble aussi quelquefois être cause de la mort du fœtus : une saignée reproduit des mouvemens qui avaient cessé depuis plusieurs jours. L'enfant était alors dans un état aploplectique, semblable à celui qui suit quelquefois la naissance, et que dissipe la saignée ombilicale.

rons ordinairement la grossesse se terminer prématurément (1).

On a vu des enfans, morts depuis plusieurs mois, naître après avoir séjourné dans l'utérus, macérés et flétris par l'eau de l'amnios (2). On voit aussi des enfans difformes naître fort petits à une époque peu éloignée du terme ordinaire; mais ce sont là des exceptions, des cas rares, et qui ne peuvent faire règle.

Ce qui arrive alors n'est pas difficile à imaginer: d'une part, irritation de l'utérus par un corps devenu étranger dès qu'il a cessé de vivre, effet qui sera apprécié dans un instant; de l'autre, *pléthore locale et générale*, dépendant de la rétention, dans les vaisseaux de la mère, du sang destiné au

---

(1) Morgagni, *Epist.* XLVIII, art. 48 et 50; Bonet, *Sepulcretum*, obs. 1, n° 2, 3, 10. Le sexe de l'enfant a-t-il quelqu'influence sur la disposition à l'avortement? J'ai observé plus d'embryons femelles que de mâles avant le deuxième mois, et une proportion différente dans les autres termes de la grossesse; d'autres ont remarqué une disposition inverse. Je pense que ces singularités sont purement fortuites.

(2) Morgagni et Bonet en rapportent plusieurs exemples. Fabrice de Hilden parle d'un enfant né trois mois après sa mort (*centur.* II, obs. 51). Mauriceau a vu naître à sept mois un fœtus grand comme à trois (*Obs.* 136). Madame Boivin en a reçu un mort depuis cinq mois: Ruysch (*Obs. anat.* 14), et avant lui Portal (pag. 358) et Mauriceau (*nouv. Obs.* 1 et 123), ont vu un et même deux embryons naître à terme avec un fœtus bien portant.

fœtus pendant la grossesse, et aux menstrues dans l'état ordinaire.

La pléthore générale, ainsi que la résorption des matières putrides, nous rendent raison du malaise, de l'état fébrile qui suit la mort du fœtus, et précède l'avortement. La pléthore locale produit cet accroissement du placenta qui, chez un fœtus abortif, est quelquefois double de celui d'un enfant à terme, sans que la structure en soit différente. Ces placentas sont frais et non putréfiés comme le fœtus (1); on peut donc croire que leur développement est l'effet et non la cause de la mort de l'enfant. Il n'en est pas ici comme des placentas en partie squirrheux, calculeux, vésiculeux, que j'ai vu sortir avec des enfans morts avant terme (7e *Mém.*, *obs.* 4), et quelquefois aussi avec des enfans vivans et bien développés : ce dernier cas est de beaucoup le plus rare (2).

Les considérations que je viens de développer me paraissent rigoureusement applicables à l'expulsion des môles et des faux germes qui n'ont

---

(1) Le placenta végète quelquefois même après la sortie de l'enfant, si l'on en croit Ruysch (*Adv. anat.*), Morgagni (*Epist.* 48, art. 30) et Frank (*Ret. muc. lymph.*).

(2) *Voyez* Ruysch (*Adv. anat.*), Mauriceau (obs. 241, 266, 443, 601, 632); Amand (pag. 311), *Annal. lit. méd. étr.* (tom. XVII, pag. 404). Frank a vu s'écouler plusieurs livres de sérosité de placentas qu'il nomme *hydropiques*; c'était sans doute des placentas surchargés de fluides par la mort déjà ancienne des fœtus.

point en eux les principes nécessaires à un accroissement considérable (1).

C. Après avoir ainsi discuté la nature des causes éloignées de l'avortement, nous pouvons passer à l'exposition des causes prochaines, c'est-à-dire, des phénomènes organiques qui le préparent et l'exécutent sous l'influence des causes dont nous avons parlé.

En considérant l'utérus en vacuité, on s'aperçoit aisément que sa structure presque fibro-cartilagineuse est bien différente de celle du cœur et des autres muscles, tandis qu'à la fin de la grossesse sa texture est devenue bien évidemment musculaire. Ces changemens dans les qualités physiques en indiquent d'autres dans les fonctions et les propriétés vitales; ils nous apprennent que l'utérus n'est point contractile habituellement, et qu'il le devient à la fin de la gestation. Cette structure nouvelle et ces nouvelles propriétés, sans lesquelles il n'y aurait point d'accouchement, l'utérus les doit à cette activité *locale et générale* que nous avons reconnue chez la femme

---

(1) J'ai ouvert un amnios humain de la grosseur d'un œuf de poule sans y rencontrer autre chose que de l'eau. La même chose est arrivée à Walter (*Voyez* BURDACH, *Diss. de lœs. fœt.*, § III), et en ma présence au professeur Orfila. Le professeur Béclard m'a dit avoir rencontré un cas tout semblable. Il serait difficile de décider si l'embryon avait été détruit, ou si l'œuf était primitivement sans germe, comme ceux que pondent les femelles d'oiseaux séparées du mâle. (*Note de l'Éditeur.*)

enceinte : excitée localement et favorisée par l'action de toute l'économie, la matrice acquiert, comme l'a dit le professeur Lobstein, *par une sorte d'inflammation*, sa structure et sa puissance musculaire. Or, il faut, pour que l'avortement s'opère, que des changemens semblables aient eu lieu dans l'utérus (1). Un état fébrile, un *molimen* général travaille energiquement à ces modifications, il produit en quelques jours ce que l'activité modé-

---

(1) Si la matrice était réellement contractile dès les premiers temps de la grossesse, comment pourrait-elle souffrir une distension si considérable et si long-temps soutenue ? Au contraire, nous voyons qu'elle n'essaie ses forces que peu à peu et seulement dans les derniers mois de la grossesse. Ces contractions tardives, faibles et non douloureuses, prouvent que l'organe n'a encore que peu de contractilité ; leur absence dans les premiers mois prouve qu'il n'est point contractile alors. L'accouchement a lieu quand la contractilité est devenue assez forte pour vaincre la résistance des orifices et l'adhérence des parties contenues. Aussi le travail prématuré s'établit-il d'autant *plus rapidement* que la grossesse est plus avancée ; il faut quelquefois des semaines, des mois pour compléter un avortement dans les premiers temps de la grossesse. Si l'avortement est plus fréquent que l'accouchement prématuré, c'est que, plus la conception est récente, plus le molimen menstruel conserve l'empire de l'habitude, et moins l'économie est habituée à la surexcitation de la grossesse. D'ailleurs, toute femme très-disposée à l'avortement, ne passant guère sans cet accident les premiers mois, il s'ensuit que le nombre des accouchemens avant terme et après le sixième mois doit être moins considérable.

rée d'une simple grossesse ne produit qu'en plusieurs mois. Ce molimen, agissant surtout sur les vaisseaux artériels de l'utérus (LOBSTEIN), en augmente la force exhalante, produit une hémorrhagie qui décolle les membranes de la surface utérine ; l'œuf détaché excite, comme corps étranger, la matrice, en exalte directement l'activité, et en accélère la métamorphose. Lorsqu'enfin la contractilité est suffisante, l'expulsion s'opère comme dans l'accouchement naturel.

La mort de l'enfant n'agit pas d'une autre manière; mais les causes purement locales doivent être assez puissantes, assez soutenues pour exciter dans la matrice ce travail de nutrition, ce changement d'organisation, bien plus difficile alors parce qu'il n'est pas soutenu par le molimen universel : aussi ai-je averti que des causes locales peu énergiques ou passagères ne pouvaient déterminer l'avortement que dans les cas où il existait une prédisposition bien prononcée, c'est-à-dire un état de pléthore absolue ou relative. Ces connaissances nous fourniront bien des lumières dans les articles qui vont suivre, et surtout dans celui du traitement préservatif de cet accident.

§ III. *Signes ; Diagnostic.* En admettant notre théorie on admettra nécessairement, comme signes précurseurs de l'avortement, les frissonnemens entremêlés de chaleur et les autres symptômes fébriles, qui, selon moi, le précèdent presque toujours, et qui ont d'ailleurs été observés par divers

auteurs (Roderic a Castro, *de Morb. mul.*; Plenk, p. 87; Desormeaux, *Dict. de Méd.*, t. III, p. 182). Ces symptômes peuvent être utiles à connaître, non-seulement pour faire prévoir et prévenir un avortement imminent, mais encore pour faire distinguer cet accident d'une simple éruption menstruelle.

Les signes qu'on acquiert au moyen du toucher, comme l'ouverture du col utérin et la présence d'une portion du placenta, des membranes, ou du fœtus, sont sans doute les plus positifs de tous; mais ils ne peuvent être recueillis qu'à une époque où l'avortement est presqu'inévitable; leur évidence, d'ailleurs, les rend peu intéressans pour nous, et nous réserverons toute notre attention pour les deux plus importans, je veux dire l'hémorrhagie et la douleur.

A. L'hémorrhagie, lorsqu'elle est assez abondante pour mériter réellement ce nom, peut encore être confondue avec l'écoulement des règles, si surtout l'accident a lieu dans les premiers mois de la grossesse. Il est cependant bien important de savoir si l'écoulement du sang qui se remarque chez une jeune femme n'est qu'une évacuation menstruelle, ou si c'est le précurseur d'un avortement, puisqu'on favorise le premier et qu'on doit tout faire pour s'opposer au deuxième.

L'existence de la grossesse est un signe de première valeur; toute perte de sang qui survient à quelqu'époque que ce soit d'une grossesse bien

constatée, doit être considérée comme un accident, et exige l'application des médications dirigées ordinairement contre les préludes de l'avortement.

Je sais que les auteurs ont parlé de femmes menstruées pendant leur grossesse (1); mais je considère une pareille menstruation comme dangereuse, et je n'en ai jamais vue qui n'ait entraîné l'avortement ou qui ne l'ait rendu imminent.

Mais quand la grossesse est douteuse, on en est souvent réduit à de simples conjectures. « Si vous observez les mêmes incommodités, les mêmes phénomènes qui, dans l'état normal, accompagnent chez votre malade l'éruption des règles, dit le professeur Dubois, concluez-en que vous avez sous les yeux une simple évacuation menstruelle ; dans le cas contraire, portez une conclusion différente. » Ce précepte est le plus sage qu'on puisse donner en pareille circonstance. L'existence des caillots, et même des fausses membranes, ne prouverait point que l'écoulement est le résultat d'une hémorrhagie avec coexistence de grossesse : certaines femmes perdent chaque mois des caillots et quelquefois des lambeaux de concrétions albumineuses, dont l'expulsion est accompagnée de véritables

(1) Paul Portal, Deventer, Amand, Roderic de Castro, Raymond, etc. Degraaf (*de Mul. organis*) et Frank (*Ret. sang.*) pensent qu'alors les règles proviennent de la partie supérieure du vagin.

douleurs, de contractions ou crampes utérines (1). Souvent, il est vrai, on peut remarquer en pareil cas que les caillots ont la forme triangulaire de la cavité de l'utérus, à laquelle ils se sont moulés, ce qui devient un signe univoque de la vacuité de l'organe (2).

J'ajouterai à ces remarques que l'hémorrhagie est ordinairement plus abondante que les menstrues, que l'orifice est souvent entr'ouvert (3), même avant que le travail soit complètement décidé; que quelquefois on peut observer en même temps un brusque écoulement d'eaux; ce qui indique aussi que l'avortement aura lieu de toute nécessité, et qu'il ne faut plus chercher à le prévenir puisque ces membranes sont rompues.

B. Les douleurs dont l'avortement s'accompagne ne peuvent être distinguées des douleurs utérines qui marchent quelquefois avec les menstrues, qu'autant que celles-ci sont reconnues pour être habituellement non douloureuses, et qu'on ne retrouve point aux caillots la forme triangulaire dont j'ai

(1) FRANK, *de Retent.*

(2) *Voyez* MORGAGNI (*de Sed.*, etc., *epist.* XLVIII, art. 12). Il peut être fort important de décider si une masse sortie de l'utérus est un caillot ou une portion de placenta, et il est bon de savoir que les caillots fibrineux et compactes en imposeraient aisément à des esprits prévenus et peu attentifs; il faut quelquefois avoir recours à la macération pour démontrer la structure réelle de ces masses.

(3) *Voyez* MAURICEAU, *Mal. des Femmes*, p. 160.

parlé. L'absence de ce dernier caractère n'est cependant point absolument exclusive à l'hémorrhagie; car il peut arriver, même dans les menstrues ordinaires, que le sang se coagule irrégulièrement dans le vagin.

Voici encore un caractère assez constant, quoiqu'on puisse lui opposer des exceptions nombreuses. Dans la menstruation douloureuse ou distillante (Frank), l'orifice étant fermé et la cavité intérieure libre, les douleurs précèdent l'expulsion du sang qui s'y est accumulé jusqu'à distendre la matrice. Dans l'avortement, au contraire, l'orifice entr'ouvert donne, dès le premier moment du *molimen*, un libre passage au sang: l'hémorrhagie précède donc le travail et la douleur.

Les femmes enceintes sont aussi sujettes à des coliques, dont la constipation qui leur est familière est fréquemment cause. Ces coliques diffèrent des douleurs utérines par leur siége, par leur mobilité, par leur caractère même que distinguent à merveille les femmes qui ont eu d'autres enfans, par les borborygmes qui les accompagnent, par le soulagement que procurent la pression du ventre, l'application des linges chauds, les boissons théiformes et surtout les lavemens; enfin, la différence principale consiste dans la présence de l'hémorrhagie conjointement avec les douleurs puerpérales, et non avec les coliques.

§ IV. *Pronostic*. Le pronostic de l'avortement est toujours fâcheux, puisqu'il cause l'expulsion

l'un fœtus incapable de vivre ; mais l'hémorrhagie n'entraîne pas absolument et inévitablement l'avortement. En général, plus la perte sera abondante et les douleurs vives, plus les causes auront agi près de l'utérus, et plus on devra s'attendre à un accouchement prématuré. J'ai déjà dit que la sortie de l'eau le rendait inévitable. Au contraire, moins l'écoulement aura d'abondance, plus les causes auront agi généralement et loin de l'utérus, plus on devra espérer que la nature ou l'art pourra rétablir l'équilibre, sans que l'avortement ait lieu (1). En conséquence, un état fébrile ou pléthorique accompagnant ou précédant la perte, est plutôt un signe avantageux qu'un symptôme défavorable : une saignée suffit souvent alors pour suspendre la marche de tous les accidens.

L'hémorrhagie par elle-même peut devenir alarmante ; elle l'est cependant toujours beaucoup moins que celle qui précède ou suit l'accouche-

(1) Vous trouverez dans Mauriceau (*obs.* 247, et *nouv. Obs.* 100), dans Raymond (*Mal. qu'il est dang. de guér.*, p. 165), dans Boër (*Med. obst.*, pag. 507), des exemples de pertes considérables qui n'ont point causé l'avortement. Ces exceptions ne peuvent renverser les règles que je viens d'établir ; on peut en effet citer des faits d'un autre genre et non moins extraordinaires : une sage-femme de cette ville a vu un jumeau abortif naître à quatre mois, et l'autre *continuer* son accroissement dans l'utérus jusqu'au terme ordinaire. M. Désormeaux cite un cas semblable, et plus d'un autre a été rapporté en faveur de la superfétation.

ment à terme, à cause du moindre développement de l'utérus, de sa rigidité et de sa résistance à la distension, qui permet d'employer avec bien plus de sécurité le tamponnement; mais négligée, une telle hémorrhagie pourrait fort souvent devenir mortelle, ou du moins donner lieu à des accidens graves.

Cette même rigidité de l'utérus que nous regardions tout-à-l'heure comme favorable relativement à l'hémorrhagie, cesse de l'être relativement au travail puerpéral. En effet le col utérin, qui n'a rien perdu de son étroitésse, de sa consistance et de sa longueur ordinaire, résiste beaucoup à la distension; de là la durée et la violence des douleurs; de là la rupture prématurée des membranes et l'expulsion isolée et du fœtus et des secondines (1). Ces dernières surtout demandent souvent un temps considérable pour leur décollement complet et leur sortie de la matrice. C'est un triple travail, dit M. Capuron, ou une suite de trois opérations distinctes (p. 336).

J'ai vu des femmes garder le placenta pendant plusieurs semaines (M. Capuron dit même plusieurs mois, p. 340.) après la sortie du fœtus; tantôt

(1) L'œuf en totalité sort quelquefois sans rupture des membranes. Cette particularité ne s'observe guère que dans les deux ou trois premiers mois : quelquefois aussi (Capuron, pag. 336) on la remarque à une époque plus avancée quand l'enfant est mort depuis quelque temps : j'en ai vu un du terme de cinq mois et demi.

sans douleurs et sans hémorrhagie, tantôt avec l'une ou l'autre, et même avec toutes deux à la fois. Je me rappelle avoir vu une femme rester ainsi pendant quinze jours dans des tourmens intolérables, et que rien ne pouvait calmer. De telles douleurs sont assez redoutables par elles-mêmes; elles le sont plus encore par l'inflammation du péritoine qu'elles développent assez fréquemment. Il est cependant vrai de dire que j'ai rarement vu ces péritonites devenir funestes.

On assigne encore d'autres suites fâcheuses à l'avortement, et quoiqu'il ne soit pas bien démontré qu'elles soient plutôt effets que causes de l'accident, il est bien certain que les maladies les plus graves de l'utérus coïncident très-souvent avec la disposition aux fausses couches (1).

Cette marche lente et douloureuse, ces suites déplorables de l'avortement confirment la théorie que j'ai exposée. L'utérus, avons-nous dit, subit alors brusquement des changemens considérables dans son organisation; l'activité nouvelle qu'il

(1) J'ai vu deux fois des engorgemens considérables de l'utérus permettre le développement d'une grossesse. (*Voy.* à ce sujet Bonet, *Sepulcr.*, tom. III, pag. 105, 106, 108; Lieutaud, *Hist. anat. med.*, tom. Ier, pag. 329; et Simon, *Mc. chir*, tom. II, pag. 317.) Le plus souvent les maladies de cet organe s'opposent à la conception; quelquefois aussi c'est l'avortement qui en résulte. (*Voyez* Morgagni, *loc. cit.*, et Bonet, sect. XXXVIII, obs. 2; Frank, *de Ret. muc. lymph.*)

prend y détermine une sorte d'inflammation dont on ne peut calculer les conséquences. Dans la grossesse normale, ces changemens sont lents, graduels, et par conséquent beaucoup moins dangereux. (Hippocrate, Mauriceau, Klein.) Plus la métamorphose sera brusque, plus il y aura de douleur, d'irritation, de disposition à une inflammation aiguë ou chronique.

L'avortement produit par une violence directement appliquée à l'utérus est toujours beaucoup plus fâcheux que l'avortement spontané (Mauriceau, Desormeaux), parce que le changement d'organisation du viscère ne peut avoir lieu que par suite d'une irritation excessive; tandis que si un *molimen* général seconde l'excitation de l'utérus, le changement est plus facile, plus régulier, moins forcé, moins sujet à outre-passer les limites d'un état normal. Ce dernier cas forme un degré intermédiaire entre la grossesse régulière et l'avortement par violence locale. L'expulsion d'une môle et la menstruation douloureuse produisent les mêmes effets que l'avortement: aussi amènent-elles souvent la métrite (Royer-Collard): j'ai pu en acquérir plusieurs fois la certitude.

Quand même on n'aurait point à redouter des suites aussi déplorables, il est bien certain qu'un premier avortement offre toujours ceci de fâcheux, qu'il annonce ou qu'il laisse une disposition incontestable et souvent inévitable à des fausses couches ultérieures. Il donne à l'utérus une sorte d'habitude

et d'aptitude à se débarrasser de bonne heure des corps qui le distendent.

J'ai lu quelque part l'histoire d'une fille qui s'étant, par divers moyens, procuré plusieurs avortemens, fit en vain tous ses efforts, après un mariage légitime, pour conserver de nouveaux enfans jusqu'au terme de la viabilité. Cette sorte d'habitude ne siége probablement pas exclusivement, comme on le pense, dans l'utérus, mais aussi dans toute l'économie, de même que celle du *molimen* menstruel avec laquelle elle a beaucoup d'analogie.

Ces considérations sont bien capables sans doute de détourner de leur funeste projet toutes les femmes qui conçoivent l'idée criminelle de rompre le cours d'une grossesse et de prévenir ainsi l'éclat d'un accouchement à terme. La chose est d'ailleurs souvent si difficile, et les moyens dont on se sert pour en venir à bout sont si actifs, si dangereux, qu'on a vu des malheureuses périr victimes de leurs efforts, ou détériorer leur constitution d'une manière irréparable, sans pouvoir se débarrasser de leur malheureuse progéniture (1).

---

(1) Voici un fait qui m'a été rapporté il y a quelques années. Une jeune personne instruite dans l'art des accouchemens avait le bassin vicié. Devenue enceinte et ne voyant, pour éviter l'opération césarienne, d'autre moyen que de provoquer l'avortement à ses risques et périls, elle se précipita jusqu'au bas de l'escalier d'une cave profonde. Les blessures qui résultèrent de cette chute furent assez

Ces motifs doivent également suffire aux gens de l'art pour leur faire rejeter l'avortement artificiel proposé par quelques accoucheurs dans certains cas de difformité du bassin. Cette proposition sera d'ailleurs plus amplement réfutée par la suite.

§ V. *Traitement.* 1°. *Préservatif.* D'après tout ce qui vient d'être dit, il est constant que l'indication la plus générale est de prévenir, autant que possible, l'avortement, et les moyens qu'on peut à cet effet mettre en usage se présenteront naturellement à l'esprit de tout lecteur qui aura bien saisi le caractère que nous avons assigné à cet accident.

Lorsqu'une fâcheuse habitude a été établie par des avortemens antécédens, on doit se tenir sur ses gardes dès les premiers momens de la grossesse, et, à la moindre inquiétude, faire sur-le-champ l'application des médications dont l'exposé va suivre. L'attention doit redoubler surtout à l'approche des époques menstruelles (1) et de celles qui précédemment ont amené la fausse couche. En

---

graves pour la faire périr en peu de jours, sans que rien annonçât l'imminence d'un accouchement prématuré. Vous trouverez des cas analogues et non moins remarquables dans l'ouvrage de Scardona (*de Morb. mul.*, pag. 248) et dans Mauriceau (obs. 471). Deux exemples en sont rapportés par M. Girard de Lyon : dans l'un, les emménagogues n'ont pu faire cesser la grossesse ; dans l'autre, un avortement par cause mécanique a été suivi d'une péritonite mortelle. (*Soc. méd. de Paris*, novembre, 1813.)

(1) *Voyez* MAURICEAU, t. 1, p. 194 ; et BURTON, pag. 416.

effet, quoique nous ayons quelquefois observé, ainsi que le professeur Desormeaux, que les avortemens devenaient de plus en plus tardifs dans des grosseses successives, le contraire n'est pas non plus fort rare, et l'on a vu des femmes avorter dix fois (MAURICEAU, obs. 460), douze fois (*idem*, *nouv. Obs.* 86; et FORESTUS, lib. 28, obs. 66), et même vingt-trois fois (SCHULZE), au même terme. Dans de telles circonstances il est nécessaire de commencer par prescrire un repos absolu, et, s'il est possible, une situation continuellement horizontale, afin d'éviter toute secousse capable de réveiller un état d'excitation générale, et de reproduire ainsi la contractilité de l'utérus. Par l'emploi de ces précautions, un peu sévères il est vrai, nous avons plusieurs fois amené, jusqu'au terme naturel, des grossesses qu'avaient précédées deux et même trois fausses couches. J'en pourrais citer principalement quatre à cinq exemples tirés de ma pratique particulière.

Pour les mêmes raisons, l'exercice vénérien doit être, en pareil cas, sévèrement interdit, et l'on ne doit pas moins scrupuleusement écarter toute cause capable de donner naissance à un état pléthorique ou à un état même passagèrement fébrile. Le régime sera donc adoucissant, tempérant, et toute apparition de symptômes de pléthore locale ou générale, tout *molimen* analogue à celui des menstrues sera sur-le-champ combattu par une saignée légère, par des bains à peine tièdes, soit généraux, soit bornés aux pieds et aux jambes, par des

sangsues, et enfin des boissons émulsionnées, gommées, amilacées, bues à la température de l'atmosphère. Ces médications m'ont nombre de fois suffi pour arrêter la marche d'un travail prématuré, lors même qu'il existait déjà, non-seulement hémorrhagie, mais même douleurs utérines. C'est surtout de la saignée du bras que j'ai eu à me louer en pareil cas; soit qu'une cause externe, mais générale, eût immédiatement amené le danger, soit qu'il fût dû à des causes internes et éloignées (1).

Pour bien des personnes, les conseils que je viens de donner seront non-seulement hasardés, mais encore contraires à la théorie scolastique: où l'expérience parle contradictoirement à la théorie, c'est à la seconde de se taire et de se soumettre à la première.

On m'opposera quelques faits isolés, et je prouverai sans peine qu'on n'en peut tirer aucune conséquence. Tantôt on a vu des saignées répétées, et chaque fois très-abondantes, amener enfin la fausse couche; tantôt on a vu, chez des femmes disposées à l'avortement, cet accident avoir lieu immédiatement après la saignée. Outre que bien des praticiens ont fait des remarques tout opposées à la première de ces assertions (2), peut-on comparer

---

(1) Des exemples semblables se rencontrent fréquemment dans les auteurs; *voyez*, entre autres, MAURICEAU, *Malad. des Femmes*, pag. 194 et 196.

(2) *Voyez* LEVRET, *Abus des règles*. Mauriceau a vu

les effets d'un épuisement semblable à celui qui devait résulter d'une effusion de sang si fréquente et si copieuse, à ceux que peut produire une simple saignée proportionnée à la violence du *molimen* général et des accidens locaux.

Quant à la deuxième assertion, on sent bien qu'une simple coïncidence ne prouve point une corrélation d'effet et de cause : le plus souvent cette coïncidence ne prouve que l'insuffisance du moyen. « Le public, prévenu en général contre ce moyen, dit M. Desormeaux, ne manque pas de lui attribuer un avortement qu'il n'a point réussi à empêcher. »

Je conviens cependant que, dans un avortement imminent, si une syncope, une lipothymie suivent une saignée un peu trop abondante, la réaction qui en sera nécessairement la suite pourra redou-

---

pratiquer quarante-huit et même quatre-vingt-dix saignées pendant la grossesse sans que l'avortement eût lieu. Ce que je dis de la saignée du bras, on peut le dire de l'application des sangsues et même de la saignée du pied. Il s'agit de faire cesser le *molimen* général, l'éréthisme de l'utérus et l'effort hémorrhagique qui peut décoller les membranes et tuer le fœtus. De vaines théories ne doivent point effrayer le praticien ; d'ailleurs, on peut marcher sans crainte sur les traces d'Alexandre de Tralles, de Celse, de Paul d'Égine, de Guy de Chauliac, de Brissot, de Van-Helmont, de Senac, et de plusieurs modernes qui ont fait justice de la prétendue révulsion que redoutent certaines personnes.

bler la tendance hémorrhagique et achever de déterminer le travail puerpéral; mais il est bien évident qu'un tel effet n'a lieu que quand l'expulsion du produit de la conception est inévitable, et que rien, par conséquent, ne contre-indique la saignée dans des cas plus favorables, en évitant toutefois de pousser l'émission sanguine jusqu'à la syncope (1). Ajoutons encore que, si la matrice a reçu toute la contractilité dont elle est susceptible, la saignée ne peut plus qu'accélérer le travail; elle agit alors comme dans l'accouchement à terme.

Dans le travail d'un accouchement à terme, l'utérus, possédant toutes ses facultés contractiles, n'a plus besoin d'un mouvement général pour les lui donner. Le mouvement fébrile du travail est l'*effet* de l'action de l'utérus, et si ce mouvement est considérable, il produit dans tous les tissus une expansion défavorable à l'action musculaire : une saignée dissipe ce mouvement et reproduit une utile condensation; mais, dans l'avortement, le *molimen* est ordinairement la *cause* et le principe de la contractilité que l'utérus acquiert : qu'une saignée supprime ce molimen, elle empêche l'utérus d'acquérir cette contractilité, elle prévient l'avor-

---

(1) On éviterait cet accident en réitérant plusieurs petites saignées, ou bien en faisant une fort petite ouverture, *foramine exili et parvo, ut pedetentim sanguis exeat* (FORESTUS); ou bien encore en fermant de temps en temps l'ouverture à l'aide du doigt (PECHLIN.)

tement. La différence est donc bien tranchée, et de l'utilité bien constatée de la saignée dans le travail à terme, on ne peut arguer contre son efficacité pour prévenir l'avortement, puisque le cas est, non-seulement différent, mais opposé. Il n'y a, entre l'avortement et l'accouchement, analogie parfaite que quand l'utérus a acquis prématurément la contractilité nécessaire : c'est une raison de plus pour hâter l'emploi de la saignée, puisque, employée trop tard, elle est impuissante et ne peut prévenir l'avortement : en un mot, la saignée n'accéléra jamais qu'un avortement inévitable, et c'est peut-être encore un avantage.

2°. *Traitement palliatif.* Bien souvent les plus sages précautions ne peuvent prévenir l'avortement, ou bien on n'est appelé qu'à une époque si avancée du travail puerpéral qu'il est impossible d'en empêcher le complément parfait. Dans ce cas, si nul symptôme fâcheux ne vient compliquer les phénomènes du travail, il faut s'en rapporter à la nature, et repousser toutes ces médications vantées par l'ignorance et le charlatanisme, et destinées à accélérer ou faciliter la sortie du fœtus et de ses enveloppes ; dans le cas contraire, c'est-à-dire, lorsque quelque symptôme inquiétant se déclare, il faut le combattre par des moyens appropriés à sa nature, et de là naissent souvent de nouvelles indications. Nous examinerons plus particulièrement ici le traitement relatif, 1°. à l'hémorrhagie surabondante ; 2°. aux douleurs excessives et aux accidens qui en

dépendent; 3°. enfin à la rétention des secondines.

A. Lorsque l'hémorrhagie est assez forte pour inspirer des craintes, lorsqu'elle résiste au traitement simple énoncé ci-dessus, l'art possède un moyen certain de prévenir les désordres qui en pourraient résulter : ce moyen est le tamponnement. Si l'avortement n'était qu'imminent, l'irritation produite par le tampon le déterminera sans doute, mais il est indispensable. Le moyen le plus sûr pour arrêter l'hémorrhagie serait de vider complètement l'utérus; mais nous manquons pour cet effet de procédés praticables, du moins sans dangers : c'est pourquoi si le tampon jouit de cette propriété, elle doit être ajoutée à ses avantages et non à ses inconvéniens.

Quand l'hémorrhagie survit à la fausse couche, le tamponnement est encore proposable, car le défaut d'extensibilité que nous avons reconnu à l'utérus dans les premiers mois de la grossesse rend impossible une accumulation considérable du sang dans sa cavité, et éloigne par conséquent la crainte d'une hémorrhagie interne : c'est là sans doute le motif qui a fait dire à M. Desormeaux (*Dict. Sc. méd.*) que plus l'avortement est tardif plus il est dangereux.

Le tamponnement peut donc offrir de grands avantages dans ces deux cas, et je ne lui connais qu'un inconvénient : c'est d'augmenter les douleurs et de disposer davantage à la métrite ou à la péri-

tonite, circonstance sur laquelle nous reviendrons dans l'article suivant : je vais seulement ici indiquer en peu de mots la manière dont j'exécute cette opération (1).

Ce n'est point sur l'action astringente des médicamens dont je pourrais imbiber le tampon que je compte ainsi que Portal (oxycrat) et Leroux (vinaigre); c'est, pour moi, un obstacle purement mécanique que j'oppose à l'écoulement du sang. Cet obstacle, je le trouve dans des bourdonnets ou pellottes de charpie tantôt sèche, tantôt un peu enduite de cérat ou de pommade, et dont je remplis peu à peu le vagin jusqu'au col de la matrice, dans laquelle je ne fais rien entrer. Lorsque le vagin est rempli, d'épais gâteaux de charpie, appliqués sur la vulve, soutiennent les bourdonnets, et sont eux-mêmes soutenus par un bandage en T. Cette manière d'opérer me paraît bien préférable à celle qu'ont proposée quelques auteurs, et qui consiste à enfoncer dans le vagin un linge qu'on remplit ensuite de charpie : outre que l'opération devient plus difficile, on ne peut ainsi remplir également et complètement le vagin, et, en supposant qu'il soit complètement

(1) Ce moyen, recommandé jadis par Louise Bourgeois et Portal, puis par Fred. Hoffmann, Smellie et Leroux, a subi bien des modifications. Nous renvoyons, pour les détails, à l'article *Tamponnement* du *Dict. Sc. méd.*, où M. le docteur Legouais les a donnés avec toute l'étendue désirable.

obstrué vers sa partie inférieure, il peut, dans le reste de son étendue, se remplir de sang et se laisser distendre (surtout chez des femmes déjà plusieurs fois accouchées) au point d'en contenir une quantité considérable; car ce canal ne partage en aucun temps la fermeté presque cartilagineuse de l'utérus. Je ne crois pas, par cela même, nécessaire d'attacher un fil à chaque bourdonnet; le vagin offre toujours assez de liberté aux doigts de l'accoucheur pour lui permettre de les extraire tous, dans le cas même où l'on ne voudrait point confier à la nature l'expulsion des derniers simultanément avec celle des matières renfermées dans la matrice.

B. Les douleurs excessives et l'inflammation qui les suit quelquefois, nécessitent l'application d'un traitement anti-phlogistique local et même général: les sangsues, les bains, les cataplasmes peuvent remédier en partie à ces symptômes fâcheux; mais lorsque les douleurs dépendent de la rétention du placenta, la nature seule peut y mettre un terme (Ruysch, Morgagni et les modernes), en expulsant le corps étranger qui détermine les crampes utérines; il en est de ces douleurs comme des tranchées utérines qui suivent l'accouchement (Leroux, p. 30 et 298), et qui, toujours dues à quelque caillot, ne cessent que quand il a été expulsé, soit dans son intégrité, soit après une sorte de dissolution putride. Les émolliens, les adoucissans ne peuvent, dans l'un et l'autre cas, être

regardés que comme palliatifs des douleurs, et préservatifs de la phlegmasie qui pourrait suivre ces tranchées, quelle qu'en soit la cause.

C. Cette rétention du placenta se prolonge rarement au-delà de quelques jours, et je ne sais jusqu'à quel point les bains, les fumigations, les cataplasmes peuvent faciliter la dilatation du col de l'utérus. Les injections, conseillées par Recolin (*Mém. Ac. Chir.*, t. III), semblent devoir être plus efficaces; je les ai essayées quelquefois sans résultats positifs.

Quant à l'extraction forcée et aux instrumens conseillés dans cette vue, comme la pince à faux germe de Levret, je n'en ai jamais tenté l'emploi, que je regarde comme impossible dans le cas d'occlusion complète, comme inutile dès que le col de la matrice est ouvert, et comme toujours dangereux : tout au plus doit-on se permettre, ainsi que je l'ai exécuté plusieurs fois, d'attirer le placenta *lorsqu'il est détaché* et qu'il se présente à l'orifice ramolli et bien ouvert : deux doigts suffisent pour cette opération, et l'on ne risque point de rompre le délivre et d'en laisser dans l'utérus une portion plus difficile à évacuer par cela même qu'elle est plus petite et qu'elle offre moins de prise aux efforts de la matrice.

ARTICLE II.

Les *hémorrhagies qui paraissent quelquefois après le sixième mois* de la grossesse peuvent bien tenir aux mêmes causes, se produire par le même mécanisme que les précédentes, et l'accouchement prématuré tient quelquefois sans doute à un molimen hémorrhagique; mais la majeure partie de ces pertes sanguines reconnaissent pour cause le *décollement du placenta greffé sur l'orifice utérin* : la fréquence de ces sortes de cas (1), leur importance relativement au danger qu'ils font courir à la mère et à l'enfant, les indications spéciales qu'ils établissent, voilà des motifs bien suffisans pour mériter toute notre attention, et pour nous décider à en parler ici isolément.

§ Ier. *Causes*. Quoique le *molimen* hémorrhagique se joigne parfois aux accidens qui nous occupent, on ne peut nier que le décollement du placenta et la *mise à nu* des ouvertures des sinus utérins ne soient la source immédiate et la cause réelle de l'écoulement du sang. Si ce décollement n'est pas évident dans les premières périodes de l'avortement, il est ici incontestable. Dans le plus grand nombre des cas, ce n'est point une violence exté-

(1) Rigby assure avoir observé seulement 43 hémorrhagies dues à cette cause, sur un total de 106; mais je soupçonne que, dans les 63 autres cas, le placenta était greffé au voisinage de l'orifice, ce qui rentre dans mes observations.

ieure qui en est cause; c'est la disposition même des parties, c'est un rapport anormal entre le placenta et l'utérus. Des fatigues, des secousses peuvent bien décider le décollement; un mouvement fébrile peut bien accroître l'hémorrhagie, y disposer et même donner la première impulsion; mais l'origine principale des accidens est dans le placenta, qui, refflé sur l'orifice cervico-utérin, doit nécessairement s'en détacher lorsqu'après le sixième mois cet orifice s'élargit et s'efface peu à peu, de sorte que la cavité du col se confond enfin avec celle du corps de l'organe. C'est alors en effet que les sinus utérins, largement ouverts et fort développés dans la région placentale, se trouvent béans, et laissent échapper le sang avec plus ou moins d'abondance.

De tout temps, on a attribué l'hémorrhagie au décollement du placenta; mais non toujours d'après le mécanisme que je viens d'indiquer. Les anciens accoucheurs croyaient que cette masse, constamment attachée au fond de la matrice, venant à s'en séparer en totalité par l'effet d'une violence extérieure, *tombait* vers l'orifice, et que c'était la raison pour laquelle on la trouvait en cet endroit (1). Une observation plus exacte a suffi pour prouver que le placenta était réellement ad-

(1) VIARDEL, p. 88; MAURICEAU, obs. 210, 423, 428; DEVENTER, p. 180. Paul Portal paraît être un des premiers qui aient reconnu que le placenta est *adhérent* à l'orifice comme partout ailleurs. (*Voy.* obs. 39, 41, 69, 79, et surtout 51, p. 234.)

hérent *au pourtour* de cet orifice, et l'examen de cette masse vasculaire après son expulsion a fait voir que sa forme presque conique était accommodée à celle du lieu sur lequel il s'était placé dès les premiers temps de sa formation. La face utérine de ces placentas offre effectivement une saillie qui remplissait l'entonnoir représenté par le col utérin et son voisinage.

L'examen des cadavres a fourni également, après quelques cas funestes, des éclaircissemens qui rendent le fait irrécusable. Vingt fois nous avons vu l'orifice interne de l'utérus, c'est-à-dire, le point qui sépare le col et le corps de ce viscère, ecchymosé dans tout son pourtour (1); nous y avons trouvé les sinus veineux excessivement nombreux et d'un calibre considérable; nous y avons découvert des orifices larges et béans en grande quantité, lorsque la mort était survenue peu de temps après l'accouchement, et des crêtes ou des fongosités, lorsque la malade avait survécu plus longtemps à cette opération, soit naturelle, soit artificielle (2).

Quant aux causes qui peuvent avoir déterminé

(1) On a quelquefois pris cet état pour le résultat d'une violente contusion. *Voy.* le 8e Mémoire.

(2) Ces crêtes sont le résultat d'une sorte d'inflammation qui suit l'accouchement et qui produit les lochies puriformes. On ne peut donc pas, aussitôt après l'accouchement, les prendre, comme on l'a dit, pour des portions de placenta, puisqu'elles n'existent pas encore. C'est à la suppuration qui les accompagne qu'on doit attribuer peut-être la fièvre

la formation du placenta dans ce point si défavorable, quoique quelques modernes (1) aient tenté d'en rendre raison, j'avoue que leurs explications n'ont paru trop hypothétiques ou trop subtiles pour que j'aie cru devoir ou les adopter, ou en mettre quelqu'autre à leur place. Contentons-nous de savoir que le fait existe, et d'en déduire les conséquences les plus utiles qu'il sera possible.

J'ai dit que les violences extérieures ne pouvaient seules et par elles-mêmes décoller les secondines, et cette assertion se trouve en contradiction formelle avec l'opinion générale. J'avoue que je crois peu à la possibilité de ce décollement lorsque le placenta occupe le fond de l'utérus ou les parois qui l'avoisinent.

Le placenta, dit madame Boivin, est, pendant la grossesse, parfaitement soutenu et appliqué aux parois de la matrice par les eaux de l'amnios. (*Mém. sur l'Hém.*, § XXIV.) Pour qu'il se détache, il faut que l'utérus soit vide, qu'il se contracte, et change ainsi les rapports de sa surface interne avec celle du gâteau vasculaire. Que l'utérus soit secoué, comprimé, frappé même, ses rapports avec le placenta inséré vers le fond ne changent en aucune

---

le lait, et certainement l'odeur fétide des lochies. Cette odeur, qui se rapproche de celle du fromage, est absolument la même que celle qu'on sent à la levée du premier appareil des grandes opérations.

(1) OSIANDER, *Causæ ins. plac.*, etc., recueil de SCHLEGEL, tom. II, pag. 71.

manière (1), et je crois que toute hémorrhagie qui a lieu pendant la grossesse est due ou bien à un molimen hémorrhagique qui force les adhérences des membranes à l'utérus et exhale le sang de toutes parts comme pour l'évacuation menstruelle, ou bien à l'insertion du placenta *au voisinage* de l'orifice interne, sinon sur cet orifice même. Toutes les fois (hors une seule) que j'ai porté la main dans l'utérus pour terminer un accouchement dont une hémorrhagie rendait l'exécution nécessaire, j'ai rencontré le bord du placenta fort voisin du contour de l'orifice, dans des cas même où le doigt aurait pu difficilement l'atteindre en pratiquant le toucher à la manière ordinaire.

D'après cela, on doit bien penser que je ne puis admettre la possibilité d'une hémorrhagie interne pendant la grossesse, et d'une accumulation du sang entre le placenta et l'utérus. Les faits de ce genre que les auteurs ont rapportés ne sont point concluans (2), à mon avis; et la théo-

---

(1) Si le décollement d'un placenta éloigné de l'orifice de l'utérus est possible, il faut qu'il soit dû à quelque disposition particulière. Le tiraillement de cette masse par un cordon court ou entourant le col du fœtus ne peut être regardé comme suffisant pour le détacher. Mauriceau observe que le cordon se romprait plutôt que de produire cet effet.

(2) On a des exemples, dit Frank, de femmes qui ont rendu de grosses môles quelques heures après l'enfant. Ces môles étaient sans doute des caillots fibrineux. De ce genre est l'observation rapportée par Morgagni (*de*

rie du caillot lenticulaire, qui décolle peu à peu le placenta du centre à la circonférence, est évidemment de pure spéculation. Je ne puis croire que la matrice soit assez extensible pour se laisser amplifier aussi brusquement qu'on dit l'avoir vu, et moi-même je n'ai observé absolument aucun cas analogue.

Je ne puis accorder plus de confiance aux observations d'hémorrhagie dans l'intérieur des membranes par suite de la rupture du cordon ombilical. L'élévation du bras (1), la flexion de la cuisse, et même la plus vive secousse, peuvent-elles rompre un cordon aussi résistant, et deux à trois fois plus long que le plus grand diamètre de la matrice?

Il est bien plus croyable que c'est dans l'accouchement même que le cordon s'est trouvé tiraillé et rompu; et quant à la teinte sanguinolente des eaux de l'amnios, quant aux caillots dont elles étaient mêlées, il n'en faut conclure autre chose sinon que les caillots restés dans le vagin et dans le col de l'utérus ont d'abord été lavés par les eaux qu'ils ont colorées, et ensuite entraînés par elles. C'est un fait que j'ai maintes fois remarqué dans des hémorrhagies incontestablement produites par l'insertion anormale du placenta, et dont

---

ed., etc., *Epist.* 48, art 9). De fréquentes hémorrhagies externes avaient précédé l'accouchement.

(*Note de l'Éditeur.*)

(1) Gaspard Bauhin, *Th. anat.*, tab. xxxi, fig. 2; Baudelocque, tom. 1er.

je fais d'autant plus volontiers l'application aux observations susdites, que dans plusieurs (celle de Baudelocque en particulier (1)) il y avait eu écoulement de sang *avant la rupture des membranes*, ce qui ne devrait point avoir lieu dans un cas où l'hémorrhagie ne serait due qu'à la rupture du cordon ombilical.

§ II. *Signes, diagnostic.* Le premier caractère du genre d'hémorrhagies dont je parle est l'époque à laquelle elles se montrent. C'est du sixième au septième mois que leur apparition est la plus ordinaire, et c'est le temps où nous savons qu'effectivement le col commence à diminuer de longueur, et par conséquent l'orifice interne à s'élargir. Sou-

(1) Madame Boivin remarque que l'enfant a vécu, ce qui prouve que la rupture du cordon n'a eu lieu que pendant l'extraction; il aurait été putréfié si le cordon se fût rompu au moment de l'apparition des premiers accidens. L'observation de Levret (*Acc. lab.*, obs. 35) semble d'abord beaucoup plus positive : et cependant il est à remarquer 1°. que l'introduction du forceps donna issue à beaucoup de méconium délayé dans *quelque peu* d'eau et de sang; 2°. qu'après l'enfant il ne sortit qu'*un flot* de sang et *plusieurs* caillots; 3°. que le même jour, la vessie se développa au point d'être *presque aussi grosse* qu'avant l'accouchement. On peut conclure de tout cela que la tuméfaction du ventre pendant le travail était due à la vessie, et que le cordon n'a été rompu que pendant l'application du forceps; s'il l'avait été d'abord, le sang aurait jailli plutôt que le méconium, et il en serait sorti bien davantage après l'accouchement.

vent, ai-je dit, un accident ou un accès fébrile semble en être la cause occasionelle; il n'est pas rare alors qu'un craquement, un sentiment de déchirure se fasse percevoir avant l'écoulement du sang; mais bien des fois aussi les premières gouttes paraissent pendant le repos le plus absolu, pendant le sommeil (1), et sans aucun symptôme précurseur. On n'observe pas moins de variétés dans la rapidité de la perte : tantôt c'est goutte à goutte que le sang paraît, tantôt il se précipite brusquement et en assez grande abondance : ceci se remarque surtout quand le placenta est greffé centre pour centre sur l'orifice, et qu'un mouvement violent a produit le craquement dont je parlais il n'y a qu'un instant (2). Parfois aussi la femme perd, simultanément avec le sang fluide, des caillots variables en nombre et en volume, particularité qui tient ou à l'amplitude du vagin ou à la situation horizontale de la malade, qui a permis au sang de s'amasser et de séjourner assez long-temps pour se coaguler dans ce canal; mais qui n'indique nullement que ce sang sort de la cavité même de l'utérus, et qu'il existe une hémorrhagie interne.

Cette première perte de sang est rarement assez considérable ou assez prolongée pour mettre en

---

(1) ALPHONSE-LEROY, *Recherches sur les Pertes;* SAUCEROTTE, *Mém. ac. Sc.;* FODÉRÉ, *Journ. compl.*, janvier 1819.

(2) *Voyez* BAUDELOCQUE, *l. c.*

danger les jours de la femme : pour l'ordinaire elle cesse après quelques heures ou même quelques jours de durée ; mais elle ne tarde pas à reparaître, et rarement deux semaines s'écoulent-elles sans que l'hémorrhagie se renouvelle avec ou sans cause déterminante, et ordinairement avec plus d'abondance que la première fois.

Les pertes se réitèrent ainsi quelquefois de manière à devenir très-multipliées et à constituer une hémorrhagie presque continue. Dans ces divers cas les malades ne tardent point à s'affaiblir d'une manière effrayante ; la pâleur de leurs traits, la bouffissure, l'œdème, la langueur, une excessive facilité à éprouver des lipothymies ou des syncopes, quelquefois un état fébrile qui se renouvelle par frissons, avec des douleurs dans l'abdomen ou le thorax, de manière à simuler l'invasion d'une péritonite ou d'une pleurésie ; voilà ce qu'on remarque quand la marche de la maladie offre une certaine lenteur.

Dans les hémorrhagies abondantes et rapides on observe les phénomènes communs à toute perte de sang considérable : la syncope, la mort même sont précédées de quelques autres symptômes sur lesquels nous nous arrêterons davantage dans l'article IV de ce Mémoire.

Jusqu'ici nous n'avons parlé que des signes que l'on nomme *rationnels* : ils indiquent *sensiblement* sans doute l'existence de l'hémorrhagie ; mais l'insertion anormale du placenta n'offre pour signes

sensibles que ceux qu'on acquiert par le moyen du toucher.

Si le col de l'utérus conserve encore beaucoup de longueur et d'étroitesse (première grossesse), s'il est naturellement fort élevé dans le bassin, si la femme a beaucoup d'embonpoint et que le périnée soit fort étendu en avant, il est ordinairement alors impossible d'atteindre jusqu'à l'orifice interne, et l'on doit s'en tenir aux signes rationnels; car je doute qu'à travers les parois de l'utérus, le doigt, porté dans le vagin, pût distinguer si le placenta se trouve inséré ou non vers les parois inférieures du viscère. Lors même qu'on peut arriver jusqu'à l'orifice, il n'est pas toujours prudent de pratiquer le toucher, et surtout de le réitérer souvent : on dérange ainsi des caillots utiles, et l'on offre au sang une issue qu'ils lui refusaient (1). Ces mêmes caillots, qui couvrent le placenta ou les membranes, empêchent souvent de les distinguer : des personnes peu instruites pourraient même prendre ces caillots pour le placenta; mais leur mollesse, leur *fragilité* les feront aisément reconnaître par une personne tant soit peu expérimentée. Lorsque ces difficultés n'existent point, on peut sentir une surface fongueuse, inégale, épaisse, peu élastique, si le placenta est greffé sur l'orifice : on peut trouver des membranes plus épaisses

(1) En outre, on stimule l'utérus et l'on active l'exhalation du sang. OSIANDER, *de Caus. ins. pl. in ut. orif.*, § 16.

que de coutume, et surtout un épichorion plus fongueux, plus mou et d'une épaisseur triple ou quadruple (1), surtout vers l'un des côtés de l'orifice utérin, quand le placenta est simplement un peu *voisin* de cet orifice. C'est à ces signes qu'on s'assurera d'une manière sûre et positive que l'hémorrhagie est due à la séparation d'une portion du délivre, et non à une simple exhalation sanguine par les pores de la surface interne de la matrice, à une exhalation analogue à celle des menstrues ou de l'hémorrhagie qui précède l'avortement proprement dit, et dont il a été question dans l'article antécédent à celui-ci.

§ III. *Pronostic.* Il est toujours fâcheux, mais il l'est à des degrés bien différens. Faisant abstraction de toutes les circonstances accessoires, telles que la constitution de la femme, sa facilité à accoucher, etc., je considère comme principales différences celles qui dépendent de la manière dont le placenta est disposé sur l'orifice interne. Plus il en est éloigné, moins le danger est grand : il

---

(1) Brand, *de Sec. amb. ostium*, etc., § IX. Brand ajoute que l'orifice est plus mou, plus spongieux, plus élevé dans le bassin ; que les douleurs sont faibles et la dilatation lente ; que l'hémorrhagie, d'abord légère, s'accroît par degré.

Rigby remarque que cette hémorrhagie augmente pendant la douleur, tandis que celle qui tient à une autre cause diminue pendant cette période du travail (p. 63). Cette remarque cesse d'être vraie après la rupture des membranes, et dès que la tête du fœtus presse l'orifice.

arrive en effet quelquefois qu'une portion, fût-ce même un quart ou un tiers du placenta, se décolle, et que, peu après, l'hémorrhagie s'arrête et reste suspendue jusqu'au terme naturel. Ce n'est pas qu'il s'opère alors une véritable cicatrisation; mais, suivant la remarque de Puzos (*Tr. des Acc.*, p. 327) et de Mauriceau (pag. 160), c'est la formation d'un caillot multiple ou lamelliforme qui, couvrant d'une part le placenta et de l'autre les orifices des sinus utérins, met obstacle à la sortie ultérieure du sang. Plusieurs fois j'ai trouvé, dans ces circonstances, une partie du délivre revêtue d'un caillot fort adhérent et évidemment fort ancien. Il est donc possible de porter un pronostic moins funeste quand le placenta ne couvre l'orifice que par un de ses bords, et bien moins encore s'il ne fait que s'en approcher; mais en vain l'on concevrait quelques espérances quand cette masse vasculeuse couvre, centre pour centre, le col utérin.

Il est impossible alors que la grossesse parvienne à son terme naturel : la femme périrait si le travail ne s'établissait point prématurément; mais pour l'ordinaire le décollement même, et les réactions qui suivent les lipothymies, excitent les contractions utérines, et par conséquent la chance la plus heureuse que puisse souhaiter l'accoucheur est que l'accouchement se fasse le plus tard et le plus facilement, le plus naturellement possible.

Dans ces circonstances épineuses, l'art le mieux dirigé ne parvient pas toujours à sauver la mère

et l'enfant : ce dernier naît presque toujours mort et même putréfié (1) lorsque les hémorrhagies se sont assez souvent répétées : dans les cas les plus favorables, il est quelquefois extrêmement faible, et, si l'on en croit les auteurs, presqu'exsanguin. Nous avons souvent observé, chez ces enfans, un état tout opposé, celui d'une *asphyxie pléthorique*. Chez ceux qui sont nés morts, nous avons ordinairement vu, comme Rœderer (*Ic. ut. humani*, pag. 27), le cœur et les gros vaisseaux pleins de sang (2).

Quant à la mère, elle ne peut être secou-

---

(1) Leroux assure que le tiers des enfans qu'on extrait pour cause d'hémorrhagie périt quoi qu'on fasse (p. 10). Cette proportion me paraît encore trop faible : sur 23 enfans extraits par les secours de l'art pour cause d'hémorrhagie utérine, 8 étaient vivans et bien portans, 2 étaient faibles et d'une viabilité douteuse, et enfin 13 étaient morts depuis un temps plus ou moins considérable : c'est plus de la moitié.

(2) Denman dit positivement que les enfans « dans des hémorrhagies très-dangereuses pour la mère, naissent souvent vivans. » Il ajoute que l'enfant survit quelquefois quoiqu'extrait après la mort de la femme (t. II, p. 368).

Ramsbotham (*Midwifery*, tom. I, p. 26) explique la mort du fœtus absolument comme nous; il n'admet d'hémorrhagie fœtale que celle qui serait produite par la déchirure du tissu placental ou du cordon. Cette opinion doit être commune à tous ceux qui ont abandonné la théorie de l'anastomose, théorie contradictoire à l'observation pratique (voy. *Procidence du cordon ; voy.* aussi Béclard, *Embryol.*, p. 44), aux expériences physiologiques, et pres-

ue qu'à l'aide de moyens souvent dangereux ar eux-mêmes. De ces moyens, il en est deux urtout qui semblent mériter ce reproche : le *premier* est l'accouchement forcé recommandé par ous les anciens accoucheurs, et qui consistait à uvrir de force, à dilater l'orifice, et à extraire le œtus sans attendre que le travail se fût naturellement déclaré. Ce procédé peut conduire à des résultats si fâcheux (déchirure de l'orifice, inertie de utérus et hémorrhagie consécutive, adhérence et étention des membranes, etc.) qu'il est aujourd'hui complètement abandonné : cependant il est es cas tellement urgens qu'on ne peut pas toujours attendre que la nature ait fait toutes les dispositions convenables, et qu'on retombe jusqu'à un ertain point dans les périls dont il vient d'être uestion, en se hâtant de profiter d'un commencement de dilatation. Le *deuxième* est le tamponnement, seul moyen qui puisse empêcher la femme e succomber immédiatement à la perte de son ang, quand l'état des parties rend inadmissible oute tentative d'accouchement artificiel. Le tamponnement est absolument nécessaire, il est indispensable ; mais malheureusement il ne paraît pas re sans danger. L'irritation, la douleur qui en ré-

---

i'universellement rejetée aujourd'hui. « *Vetus illa anasmoseos vasorum uterinorum cum vasis umbilicalibus fabula, jam dudùm ad innumeros physiologorum errores sepsita, evanuit.* » MULLER, *Nutr. fœt., in syll. schleg.*, 1, p. 105.

sultent, propagées à l'utérus, en déterminent les contractions et accélèrent l'établissement du travail; mais ce travail forcé est l'effet d'une irritation extrême: aussi les douleurs puerpérales s'accompagnent trop souvent de douleurs inflammatoires : la fièvre, la péritonite et la métrite ont eu si souvent lieu dans les cas où j'ai eu recours à ce moyen, que je ne l'emploie qu'avec crainte. Mais peut-être aussi les accidens dépendent-ils plutôt de l'hémorrhagie, de l'orgasme qu'elle excite dans l'utérus et qu'y excite aussi le travail prématuré. D'ailleurs, de deux dangers, il faut éviter le plus grave, le plus immédiat : or, les inconvéniens que je viens de signaler ne peuvent être mis en balance avec l'effrayante catastrophe que laisse à chaque instant entrevoir une effusion sanguine dont la source, toujours ouverte, ne fait que s'agrandir de moment en moment, et offre plus d'ampleur que jamais lorsque l'épuisement est plus considérable.

De ces considérations il résulte que l'hémorrhagie qui dépend de l'adhérence du placenta à l'orifice interne de l'utérus est un des accidens les plus dangereux auxquels les femmes soient exposées pendant leur grossesse (1). Le danger est grand, surtout pour les femmes qui, privées du nécessaire,

(1) Puzos (*l. c.*) remarque que peu de femmes périssent par suite de l'hémorrhagie que cause un avortement, et que le contraire a lieu pour celle qui est due au décollement du placenta.

nt forcées de se réfugier dans les hôpitaux, et c'est incipalement par rapport aux péritonites consé-tives que la chance leur est défavorable. Autant, effet, il est facile de prévenir ou de dissiper te maladie chez les femmes qui vivent dans isance, autant il est difficile d'y soustraire les mmes dont nos hôpitaux regorgent, surtout dans mauvaise saison.

§ IV. *Traitement.* Si l'art possédait quelque yen propre à diriger l'insertion du placenta sur lieu plus convenable, ce serait assurément meilleur de tous; car, une fois greffé sur un int quelconque, cet organe ne peut plus l'a-ndonner sans qu'il y ait séparation complète du oduit de la conception, sans que ce produit isse, c'est-à-dire, qu'il sorte de l'utérus, ou qu'il risse s'il séjourne quelque temps dans son in-ieur. Malheureusement je ne crois pas qu'on isse faire assez de fond sur les théories mo-rnes dont il a déjà été question pour pouvoir en luire des mesures prophylactiques qui méritent elque confiance. Le traitement *préservatif* ne ut donc avoir rapport qu'aux causes détermi-ntes et non aux causes efficientes de l'hémor-gie. Assurément quelques saignées suffisantes ur empêcher l'établissement de la pléthore, un os absolu et l'éloignement de tout mouvement able de décider la rupture des adhérences pla-ntales, voilà des précautions qui pourront à la retarder l'apparition de l'hémorrhagie, la

rendre moins brusque, moins considérable, et en éloigner les retours; mais si l'insertion du placenta est tout-à-fait centrale, je l'ai déjà dit, rien, que l'accouchement prématuré, ne peut empêcher la production de l'hémorrhagie, et dans ce cas même, l'hémorrhagie accompagnera de toute nécessité le travail.

Le traitement *palliatif* est d'une utilité plus directe et d'une application plus fréquente. Je ne puis regarder comme en faisant partie la saignée du bras qu'autant qu'il existe une pléthore évidente; car nous avons vu que la perte ne dépendait point exclusivement ici, comme dans l'avortement, d'un *molimen* susceptible d'être abattu par la saignée et les émolliens : aussi cette remarque s'applique-t-elle aux boissons gommeuses et amilacées, ainsi qu'aux bains et aux injections; ces dernières auraient en outre le désavantage d'enlever quelques caillots utiles.

Le moyen palliatif le plus puissant est le tamponnement; c'est le seul qui puisse permettre d'attendre sans danger l'époque à laquelle la nature aura disposé les organes de manière à permettre l'application d'un traitement véritablement curatif (1). La manière dont se pratique ici le tampon-

(1) Nous avons dit que le tamponnement décidait ordinairement l'accouchement prématuré : cependant le docteur Cok a vu le tamponnement arrêter au septième mois une hémorrhagie, et permettre à la grossesse de continuer son cours naturel. (*Dict. Sc. méd.*)

ement ne diffère point de celle que nous avons écrite dans l'article précédent. Mais, d'après ce ue j'ai dit dans le troisième paragraphe de celui-., il ne faut se décider à tamponner que dans le s d'un danger imminent et d'une impossibilité solue de recourir à l'accouchement artificiel.

Si la saignée peut à peine être regardée comme alliative, à plus forte raison doit-elle être exclue u traitement *curatif*. (LEROUX, p. 171; DELEURYE, 149.) Saigner dans une hémorrhagie semblable celle qui nous occupe, c'est affaiblir le sujet ns remédier à aucun accident (1).

Le tamponnement pourrait, jusqu'à un certain oint, être considéré comme curatif puisqu'il excite s contractions de l'utérus et qu'il accélère le tra-il; mais il est à la disposition de l'homme de l'art eux moyens bien plus efficaces, la rupture des embranes et l'accouchement artificiel.

A. La rupture des membranes recommandée d'a-ord par Puzos (*Mém. Ac. de Chirurgie*, t. 1er), et ant lui par Deventer (p. 180), n'est point indiffé-mment applicable à tous les cas. Pour qu'on puisse recourir avec avantage, il faut que le travail soit mmencé; il faut aussi que le fœtus se présente ns une position convenable. En effet, si le travail est point commencé, l'utérus se resserrera sans

(1) Quelques auteurs en ont cependant donné le conseil: r., entre autres, MESNARD, p. 323. Il recommande, il est i, de ne tirer que fort peu de sang à la fois.

doute ; mais il n'est pas certain qu'il se contracte alors avec assez de force pour arrêter l'hémorrhagie, pour froncer et fermer les ouvertures béantes des sinus utérins. En outre, le travail *forcé* qui doit s'ensuivre sera fort long, fort douloureux et inévitablement fatal au fœtus. Il en serait de même si un travail pénible et douloureux avait déjà fatigué l'utérus au point de le jeter dans l'inertie. En second lieu, si l'enfant ne présente point une partie capable de s'appuyer sur l'orifice et de le dilater, de le distendre en même temps qu'elle en couvre et en obstrue les ouvertures exhalantes, l'hémorrhagie sera bien plus difficilement suspendue, et le travail se prolongera bien davantage encore. Ajoutez à ces considérations que, si le placenta est greffé centre pour centre sur l'orifice, il faudra le décoller, et risquer ainsi d'accroître l'étendue et le nombre des bouches exhalantes ; ou bien on sera forcé, comme le veut Deventer, de déchirer le placenta, ce qui donnerait nécessairement lieu à une hémorrhagie d'une autre nature, moins préjudiciable peut-être à la mère, mais indubitablement funeste à l'enfant.

Donc la rupture des membranes est un moyen précieux, mais dont il ne faut user qu'avec beaucoup de prudence. Si le travail est fort avancé, il vaut mieux terminer artificiellement l'accouchement; s'il l'est fort peu, ou s'il n'est pas même établi, il vaut mieux attendre et pratiquer le tamponnement; dans les cas intermédiaires seulement

rupture peut être conseillée si rien du reste ne oppose à son exécution.

B. Pour qu'on se décide à pratiquer l'accouchement artificiel, il faut que le travail soit bien plus avancé encore. La règle générale est de ne prendre parti que quand l'utérus est ou a été suffisamment ouvert pour permettre un passage facile, non-ulement à la main de l'opérateur, mais encore corps et à la tête du fœtus. Cependant, ainsi ue l'avait remarqué Louise Bourgeois, le meilleur oyen d'arrêter l'hémorrhagie étant de débarsser, de vider la matrice, il est quelquefois perris de ne point attendre rigoureusement que l'état es parties soit tel que je viens de l'indiquer; quelquefois même un tel retard, malgré le tamponnement, serait funeste à la femme, et on la verrait rir avant l'établissement d'une dilatation comète : car, quoique le tampon empêche le sang de écouler par torrens, il ne peut s'opposer à un intement demi-séreux qui l'imbibe, le pénètre, s'échappe au dehors en se filtrant, par l'effet la capillarité, à travers son tissu filamenteux. D'ailleurs, si le travail tarde beaucoup à se proncer, on est obligé de changer le tampon, soit ur permettre l'évacuation de l'urine et des maires fécales retenues par la compression de l'ure et du rectum, soit pour prévenir la putréion des caillots, qui s'opère dans cet endroit ec une grande célérité.

En procédant avec la lenteur et les ménage-

mens convenables, je suis parvenue, sans accidens, à extraire plusieurs enfans vivans, quoique l'orifice n'eût en dilatation que la moitié de celle qu'on exige dans des cas moins urgens (deux pouces de diamètre). En pareil cas, la version du fœtus peut seule être employée; car le forceps ne convient que lorsque la tête est assez basse, époque à laquelle cette tête s'oppose énergiquement à l'écoulement du sang, et permet d'attendre l'accouchement spontané, si le bassin est bien fait et les contractions de l'utérus assez puissantes. Aussi n'ai-je trouvé relaté dans mes registres qu'un seul cas où cet instrument ait été mis en usage pour mettre fin à une hémorrhagie utérine; tandis que la version a été pratiquée vingt-deux fois, pour la même cause, dans les dix-sept années qui composent les tables annexées au premier et au deuxième volume. On peut voir dans ces tables que le forceps a, au contraire, été assez souvent employé pour d'autres motifs (cent soixante-neuf fois), et que la version a été exécutée, aussi pour d'autres raisons, dans une bien moindre proportion (trois cent sept fois).

Après avoir pénétré dans l'orifice, après avoir ensuite amené les pieds, j'attire le fœtus jusqu'à ce que les fesses viennent distendre l'orifice et fermer les sources de l'hémorrhagie. Arrivée à ce point, je laisse la nature agir presque seule: je ne fais que la seconder; et en dirigeant convenablement le fœtus, je donne à l'utérus le temps de reprendre ses forces, à l'o-

rifice le temps de se dilater (1); je fais en un quart d'heure, en une demi-heure même, une opération qui d'ordinaire ne me demande que quelques minutes ou quelques fractions de minute, et j'obtiens ainsi, sans déchirure, une dilatation suffisante pour que la tête n'éprouve à son passage aucune difficulté, le cou de l'enfant aucune constriction. Smellie donne le conseil d'agir de cette manière, et Leroux (p. 98) l'a répété d'après lui.

Il m'est arrivé, dans un cas pressant, de voir l'orifice entraîné par les fesses jusqu'à se montrer à la vulve : à l'aide de mes doigts, je parvins à l'élargir doucement, à le repousser (2), et enfin à lui épargner jusqu'à la moindre lésion.

Pour arriver jusqu'au fœtus, je ne décolle du placenta que l'étendue nécessaire pour me livrer passage ; je me garde bien de l'extraire d'abord, comme on en trouve des exemples dans Portal,

---

(1) Brand, *l. c.*, observe que l'orifice utérin devient bien plus dilatable que dans les cas ordinaires, après des pertes abondantes (§ 28).

(2) Nous nous sommes vus dans le même cas, et nous avons obtenu le même succès de cette manœuvre dans un accouchement opéré en ma présence par madame Charrier. La femme, grosse de huit mois, commençait à s'affaiblir malgré le tamponnement. Je pensai qu'il ne fallait pas attendre une dilatation entière. La mère et l'enfant n'ont éprouvé aucun accident, et les couches ont été aussi heureuses qu'après l'accouchement le plus simple.

(*Note de l'Éditeur.*)

Viardel et autres, à moins que je n'aie la certitude la plus complète de la mort du fœtus: je lui laisse ainsi jusqu'au dernier moment quelques sources d'alimentation. Pour la même raison, j'ai soin de ne point déchirer et traverser le placenta, comme quelques auteurs le conseillent; procédé qui serait aussi fâcheux que le précédent quand même il n'entraînerait pas un décollement total. L'accouchement fini, je me hâte d'extraire le délivre afin de permettre aux sinus utérins de froncer complètement leurs orifices.

ARTICLE III.

L'hémorrhagie qui se déclare *pendant la durée du travail* nous arrêtera moins long-temps que la précédente et que celle qui fera le sujet de l'article suivant. Tout ce que nous en pourrions dire, en effet, ne serait, pour la plus grande partie, que la répétition de plusieurs passages de l'un ou de l'autre de ces articles. Quelques mots sur les causes, le diagnostic et le traitement suffiront pour en donner la preuve.

Le décollement du placenta, soit que son insertion avoisine le col de l'utérus, soit qu'elle ait envahi un point rapproché du fond, mais exposé à une contraction plus puissante, ce décollement, dis-je, est la cause la plus ordinaire de l'hémorrhagie qui accompagne le travail.

En effet, cette masse vasculeuse, insérée non loin de l'orifice, a bien pu résister à la distension

graduelle (quoiqu'un peu plus forte et plus rapide en cet endroit que vers le fond de l'organe) qui a lieu pendant la grossesse ; mais les premières contractions surmontent cette résistance ; le placenta se décolle en tout ou en partie, quelquefois même au point qu'il s'échappe de l'utérus avant l'enfant. Je renvoie, pour tout ce qui y est relatif, aux détails de l'article deuxième.

Il arrive quelquefois que l'hémorrhagie est due à quelque déchirure, soit de l'utérus, soit du vagin : c'est ce dont nous nous occuperons par la suite dans un Mémoire spécialement destiné à ces sortes d'accidens.

La rupture partielle (Delamotte, obs. 249) du cordon ombilical pendant l'extraction du fœtus pourrait aussi donner lieu à un certain écoulement de sang; mais il faudrait des circonstances bien favorables à cet écoulement pour qu'il ne fût point arrêté par la compression qu'exercent sur le cordon les contractions utérines, tant que l'enfant n'est point encore entièrement au dehors; et rien n'empêcherait d'opposer au sang un obstacle invincible en appliquant sur le bout placental une ligature, s'il était déjà hors de la vulve.

L'hémorrhagie causée par le décollement du placenta est donc la plus ordinaire, et c'est encore ici que l'écoulement des eaux sanguinolentes et mêlées de caillots peut faire croire à l'existence d'une hémorrhagie interne; mais si cette hémorrhagie est jugée impossible pendant la grossesse,

à plus forte raison doit-elle l'être pendant le travail, et lorsque la matrice a commencé à exécuter quelques contractions expultrices. Il faudrait supposer qu'une inertie complète succède aux premiers efforts, et qu'elle permet à l'utérus de se distendre; mais on remarquera que cet organe, contenant encore le fœtus, est déjà fortement distendu, et qu'il ne peut, même dans la plus complète inertie, s'élargir beaucoup plus. Dans les hémorrhagies qui suivent l'accouchement, l'utérus le plus inerte se laisse rarement développer jusqu'au point où il l'était pendant la grossesse.

Ce même état de contraction dont je parlais il n'y a qu'un instant doit également rendre l'hémorrhagie externe moins considérable, si surtout les membranes sont rompues; car alors la matrice se resserre, et diminue d'autant l'ouverture des sinus mis à découvert.

Une autre raison rend le pronostic encore moins défavorable lorsque le travail coexiste avec une hémorrhagie, c'est que l'on peut espérer la prompte terminaison de l'accouchement, ou bien le prompt établissement d'une disposition qui permette d'y mettre un terme par l'emploi des procédés de l'art.

Aussi les pertes qui paraissent dans de telles circonstances nécessitent-elles bien rarement l'application du tampon : seulement elles engagent l'accoucheur à accélérer autant que possible la marche du travail (rupture des membranes), et, dans les cas les plus graves, à profiter des premières dis-

positions convenables pour extraire le fœtus et ses dépendances. Dans le cas seulement où le travail serait à peine commencé, quoique l'hémorrhagie fût extrêmement abondante, on se verrait forcé de recourir au tamponnement : ce cas rentre absolument dans ceux dont nous avons traité dans l'article deuxième.

ARTICLE IV.

§ Ier. L'hémorrhagie *qui suit l'accouchement* à terme, ou celui qui s'opère dans les derniers mois de la grossesse, n'est pas d'une moindre importance que celle dont nous venons de parler. Cet accident est un des plus redoutables auxquels soient exposées les femmes en couches ; c'est un de ceux qui sont inévitablement funestes si l'art ne découvre la source des accidens, et s'il n'y porte un prompt remède. Heureusement la fréquence n'en est pas très-considérable. Dans le cours de neuf années qui ont fourni les tableaux annexés au premier volume, nous n'avons observé à l'hospice que vingt-quatre hémorrhagies utérines, en y comprenant celles qui ont paru avant l'accouchement, et cependant le même espace de temps avait donné quinze mille quatre cent quatre-vingt-un accouchemens ; mais cette proportion me paraît trop faible ($=\frac{1}{645}$), et je ne la crois pas d'une application générale (1).

(1) Cette proportion est effectivement fort restreinte. Pendant mes deux années d'internat à l'hospice, j'ai observé,

Quoi qu'il en soit, cet article est d'une grande importance, et je l'aurais traité fort au long, si les observations particulières dont il sera suivi ne fournissaient pas en elles-mêmes des données très-étendues, et si je ne trouvais dans leur exposition l'avantage de joindre l'exemple au précepte.

L'époque à laquelle peut se montrer l'accident qui nous occupe est extrêmement variable. Tantôt il suit immédiatement la sortie du fœtus, tantôt il ne paraît que plusieurs jours après l'accouchement, et c'est un point sur lequel nous aurons nécessairement à revenir dans les paragraphes qui vont suivre, et surtout dans celui qui sera relatif au diagnostic : je puis cependant dire dès à présent que, après l'accouchement, le nom d'*hémorrhagie* doit être réservé à toute perte plus considérable que ne doivent être les lochies, et moins distante de l'état de couches que ne doit être le premier retour de l'évacuation menstruelle.

§ II. *Causes ; sources.* L'hémorrhagie peut dépendre de la rupture de l'utérus et du vagin comme nous le verrons plus tard ; quelques accoucheurs ont aussi pensé qu'elle pouvait avoir sa source dans le cordon ombilical qu'une section a séparé

---

sur 4,924 accouchées, 1,177 malades, dont 31 affectées d'*hémorrhagies* avant ou après l'accouchement ($=\frac{1}{159}$). Peut-être doit-on attribuer cette différence énorme à la grande quantité des maladies qui ont régné pendant ces deux années : en effet les neuf années mentionnées plus haut n'ont donné que 1,921 malades. (*Note de l'Éditeur.*)

du fœtus. Ces auteurs pensent qu'alors le placenta continue à recevoir le sang des sinus utérins, et à le transmettre dans la veine ombilicale, du moins pendant tout le temps que l'utérus reste sans contractions (BAUDELOCQUE). Mais il me semble que le placenta, privé de ses communications avec le premier mobile de la circulation utéro-fœtale, qui est le fœtus, et n'étant plus soumis à l'influence du cœur de l'enfant, doit cesser de donner passage au sang maternel. En second lieu, l'utérus, après la majeure partie des accouchemens, même avant de se contracter pour opérer la délivrance, se resserre généralement assez par l'effet de sa contractilité de tissu, de son élasticité, pour *froncer*, sinon décoller le placenta, et y intercepter la circulation (1). Je pense donc que l'hémorrhagie ne peut avoir lieu par le bout placental du cordon ombical qu'autant que le délivre est commun à deux enfans jumeaux, dont l'un, encore contenu dans l'utérus, soutient l'activité des vaisseaux telle qu'elle était pendant la grossesse. On a des preuves incontestables de la possibilité d'une hémorrhagie dangereuse dans de telles circonstances (2); il n'en est

---

(1) Hunter dit avoir, deux cents fois au moins, laissé couler le sang du cordon séparé du fœtus: le sang s'arrêtait quand le placenta s'était vidé du peu qu'il pouvait contenir au moment de la section. J'ai obtenu les mêmes résultats des mêmes expériences. (*Note de l'Éditeur.*)

(2) LALLEMAND, *Thèse inaugurale;* BRACHET, *Journ. Med.*, juin 1822.

pas ainsi du cordon d'un enfant seul et déjà sorti de la matrice.

La plus fréquente de toutes les causes qui peuvent amener l'hémorrhagie après l'accouchement, c'est l'*inertie* de l'utérus, dont les autres effets seront mentionnés par la suite. L'inertie laisse la matrice dans un état de flaccidité et d'expansion qui permet au sang de s'échapper par les orifices des sinus béans et découverts par la chute du placenta. 1°. Un travail long et pénible, par l'*épuisement* qui le suit; 2°. un travail trop court et un accouchement trop précipité, par la *stupeur* qui en est l'effet; 3°. la distension outrée de l'utérus (jumeaux, enfans volumineux (MAURICEAU), eau surabondante), par la *torpeur*, la paralysie qu'elle cause; 4°. cette même distension, moins forte mais plus prolongée après la fatigue de l'accouchement (séjour du placenta, des secondines, des caillots), par la torpeur qui se joint à l'épuisement antécédent; 5°. enfin peut-être aussi le tiraillement de l'utérus (par suite d'adhérence contractée avec l'épiploon pendant la grossesse. RUYSCH, *Obs. anat.*, 83; WEIDMANN, *Memor. cas. rari*), par la distension qui en résulte; telles sont les causes de l'inertie, et médiatement de l'hémorrhagie. Il est à remarquer en outre qu'un travail prolongé et devenu fébrile ajoute à l'inertie locale un *molimen* général (1)

(1) Ce molimen est fort souvent compagnon de l'hémorrhagie qui suit l'accouchement. *Voy.* une obs. de VALENTIN,

qui doit singulièrement favoriser l'hémorrhagie. C'est en déterminant un pareil *molimen* qu'une chaleur excessive, excitée autour de l'accouchée, l'expose à périr d'hémorrhagie; le même *molimen* favorise aussi l'inertie, par l'expansion générale à laquelle il donne lieu; il jette l'utérus dans le même accablement que les muscles des membres. On sait que la fièvre, durant le travail, amortit ou même suspend les douleurs que la saignée et le bain réveillent en diminuant le mouvement fébrile. Ce *molimen* a quelquefois produit l'hémorrhagie, même sans inertie utérine. Nous avons vu une femme périr, sept à huit jours après l'accouchement, d'une abondante perte de sang séreux, qui ranssudait de toutes parts de la surface utéro-vaginale, et qui pénétrait par imbibition à travers le tampon le plus serré; la matrice était molle, mais non distendue par le sang. Quand un corps mou distend la matrice et la jette dans une torpeur que la fatigue antérieure avait préparée, il y a souvent en même temps excitation locale des vaisseaux utérins; c'est une sorte de *molimen* partiel. Il

---

Essai sur les Pertes de sang, p. 110, et FODÉRÉ, *l. c.*). Il est probable que l'omission des saignées dans une grossesse léthorique y dispose singulièrement, et l'opinion du vulgaire sur ce point me paraît assez judicieuse. *Fœmina, à quâ liberiùs sectâ, ad spatium trimestre non purgata est.* (FREIND, *Emm.*, p. 96.) Une perte pendant l'accouchement rend souvent les lochies à-peu-près nulles. (FRANK, *de curand.*).

(*Note de l'Éditeur.*)

peut y avoir alors non-seulement excitement vasculaire avec inertie musculaire, mais même inertie incomplète. Le col utérin est fort souvent inerte, quoique le fond soit contracté; quelquefois le contraire arrive, et c'est alors que le placenta, enfermé dans la matrice, y semble enkysté. Il peut aussi exister des alternatives de contraction et de relâchement, et quelquefois on voit la matrice embrasser le placenta pendant plusieurs jours, et ne tomber en collapsus qu'après des efforts multipliés; on peut croire aussi qu'alors le placenta a été long-temps adhérent et qu'il se décolle enfin, de sorte que le décollement de cette masse arrive en même temps que le collapsus utérin. Nous avons vu une hémorrhagie être produite, cinq jours après l'accouchement, par le séjour d'un placenta tout entier; nous en avons vu plusieurs autres, survenues au huitième, au quinzième jour des couches, se terminer par l'expulsion d'une portion du délivre et de quelques lambeaux de membranes (1). On peut voir, dans l'ouvrage de White, six observations de ce genre. Une môle, développée simultanément avec le fœtus, et restée dans la matrice, produirait le même effet, et l'on en cite des exem-

(1) Vers le milieu de l'année 1823, je délivrai une femme qui, accouchée depuis quinze heures d'un fœtus vivant et du terme de cinq mois, n'avait cessé de perdre du sang; elle était presque sans pouls et sans connaissance, froide, frissonnante, et d'une pâleur effrayante, enfin réduite à la dernière extrémité. Le placenta n'était point sorti; mais l'e-

es; mais il est probable que ces môles prétendues
ient des caillots condensés ou quelque portion
placenta.

Le renversement de la matrice est une autre
ise d'hémorrhagie, mais qui offre par elle-même
s indications spéciales. Je ne puis mieux faire
e de renvoyer sur ce sujet à l'excellente mono-
phie de MM. Baudelocque et Dailliez.

§ III. *Signes, Diagnostic.* Les symptômes doi-
nt nécessairement varier beaucoup selon la cause
l'hémorrhagie; il en est donc de communs, il
est aussi de particuliers et aux déchirures
e nous omettrons ici, et à l'inertie avec *moli-*
n dont nous allons plus particulièrement nous
uper. Mais auparavant je dois dire un mot de
émorrhagie fournie par le cordon ombilical. J'ai
à dit que je la croyais extrêmement rare ou
me impossible, si ce n'est dans le cas d'enfans
ieaux. Et dans ce cas même je ne sais si c'est
rapport à la mère que la perte est plus parti-
ièrement à craindre : c'est plutôt relativement
l'œtus resté dans la matrice, dont le cœur seul
retient, selon moi, la circulation placentale, et

---

e utérin encore ouvert me permit de le saisir et de l'a-
er au dehors. L'hémorrhagie s'arrêta à l'instant même;
rus, auparavant flasque et mou, se resserra au point de
oir plus que le volume d'une fort petite pomme. Le réta-
ement fut complet en peu de jours; mais la pâleur dura
eurs mois. Cette femme avait eu déjà des enfans.

(*Note de l'Éditeur.*)

qui se trouve par conséquent alors dans le cas d'un fœtus dont on aurait coupé le cordon ombilical avant sa sortie de l'utérus, avant qu'il eût commencé à respirer.

Je crois avoir découvert la raison pour laquelle cet accident a paru se montrer à quelques personnes dans d'autres circonstances que celles que je viens de rappeler. Lorsque le sang exhalé par les parois de l'utérus s'écoule en ruisselant lentement par le vagin, si le placenta est encore renfermé dans les organes de la femme, si le cordon pend au dehors, on observe presque constamment que le sang suit la direction de ce cordon, et tombe seulement à son extrémité. Ce phénomène est dû à une attraction purement physique, et toute semblable à celle qui fait dériver, le long d'une baguette et dans une direction fort éloignée de la primitive, un jet-d'eau latéral d'un médiocre volume et d'une vitesse modérée. Pour éviter toute équivoque, il suffit d'élever le cordon, et l'on verra l'écoulement s'en détacher tout-à-fait; ou bien, en l'essuyant avec soin, on verra que le sang n'arrive à son extrémité qu'en parcourant sa surface extérieure.

Quand l'inertie est la cause des accidens, on la reconnaît principalement à la flaccidité du corps de l'utérus et à sa grande étendue. Il n'en faudrait pas juger uniquement par le moyen du doigt introduit dans le vagin, mais bien en palpant l'abdomen; puisqu'il arrive fréquemment que le col de

utérus est flasque et inerte sans que le fond le oit (1) : la constriction commence seulement à l'o-fice interne, et c'est, disions-nous, la cause de enkystement du placenta quand il séjourne dans matrice. Cette inertie partielle n'est nullement quiétante quand rien n'est plus contenu dans utérus, et elle se remarque dans plus des trois uarts des accouchemens naturels. En palpant l'ab-omen, il faut aussi se rappeler que la matrice ne resserre point toujours d'une manière continue rès l'accouchement. On remarque au contraire, ême dans les cas les plus heureux, mais surtout uand il existe des tranchées utérines, que ce vis-re est alternativement flasque, mou, large, et dur, ntracté, arrondi. Ces alternatives ne laissent en néral écouler que la quantité de sang ordinaire.

Aux symptômes de l'inertie il faut ajouter ceux l'hémorrhagie proprement dite, et pour plus ordre, nous distinguerons ceux qui appartien-nt à l'hémorrhagie dite *externe*, ceux de l'hé-orrhagie appelée *interne*, et les symptômes com-uns à l'une et à l'autre.

A. Un écoulement plus abondant que de cou-me, voilà le caractère de la première ; mais pour juger sans effroi comme sans trop de sécurité,

(1) *Matrix humana, enixa infantem, nullum os habet, patet latè instar campanæ, multosque semper impendit s priusquàm incipiat iterùm redire in formam quæ rte inferiore speciem clausi oris refert.* (Ruysch, *Adv.* 2, p. 41.) *Voy.* aussi Stew. Dunkan, *Hémor. ut.*, p. 302.

avant que des accidens graves se manifestent, il faut connaître les deux phénomènes qui ont avec cet écoulement quelque ressemblance : le premier est l'écoulement des lochies; le deuxième, l'éruption des menstrues. Les lochies sont constamment sanguines dans les premiers momens : si l'on cite des exemples de nullité de cette évacuation, ces exemples sont rares et ne peuvent faire règle. Le caractère sanguinolent cesse ordinairement lors de l'apparition du lait; les lochies, devenues d'abord plus séreuses, prennent alors l'aspect puriforme, puis deviennent muqueuses; mais il n'est point rare de voir les lochies conserver l'apparence sanguinolente pendant huit à dix jours : il arrive souvent qu'un mouvement de fièvre, soit simple, soit déterminé ou accompagné par quelqu'inflammation, leur rend cette même apparence, et en augmente la quantité. Ce n'est donc que par cette quantité même et par l'absence des signes de l'inertie ou de la distension de la matrice qu'on distinguera les lochies de la perte de sang; car l'inertie peut accompagner encore cette perte même plusieurs jours après l'accouchement, et l'hémorrhagie qui n'est point due à une simple inertie, à pareille époque, tient à la rétention de quelque corps qui distend l'utérus. Il serait bon, par conséquent, de connaître au juste la quantité du sang que doivent naturellement faire évacuer les lochies; mais rien de plus variable que cette quantité (1), puisque quel-

(1) Selon Hippocrate, cette quantité est d'un cotyle et demi.

ques femmes tachent à peine leur linge, tandis que l'autres salissent plusieurs alèzes en vingt-quatre heures. Jamais, il est vrai, on ne verra l'écoulement des lochies pénétrer plusieurs linges en quelques minutes, ainsi que pourrait le faire une hémorrhagie. Ce n'est donc qu'approximativement qu'on jugera de la différence; et l'on devra traiter comme perte tout écoulement qui donnera des inquiétudes réelles, sans s'exposer toutefois à arrêter *sans nécessité* l'écoulement des lochies, dont la suspension, quoique bien moins dangereuse que beaucoup d'auteurs ne l'imaginent, quoique bien plus souvent effet que cause d'inflammation ou de fièvre, peut néanmoins occasioner la pléthore, et par suite disposer aux accidens fébriles ou inflammatoires.

Quant à la première éruption menstruelle qui paraît à la suite de l'accouchement, comme elle est ordinairement plus abondante, plus prolongée que les autres, et parfois même accompagnée de tranchées et de l'expulsion de quelques caillots; comme assez souvent elle se montre avant la fin du premier mois qui suit la couche et quelquefois même seulement après douze à quinze jours, je l'ai vue plus d'une fois, qualifiée du nom de perte, jeter l'alarme dans une famille (1): le repos, le régime

---

qui, suivant M. Alibert, équivaut à 16 onces et $\frac{1}{2}$. Mellie l'estime de une demie à deux livres.

(1) J'en ai pour mon compte quatre exemples bien sail-

anti-phlogistique, les boissons adoucissantes, etc., ramenaient ordinairement le calme et dissipaient toutes les inquiétudes. Il suffit d'être prévenu de la possibilité de cet événement pour le reconnaître dans l'occasion; en pareil cas cependant, si l'époque de l'accouchement était peu éloignée, il serait toujours prudent de palper l'abdomen afin de s'assurer si l'utérus n'est point distendu par quelque reste des secondines ou par des caillots.

B. L'hémorrhagie est nommée *interne* quand le sang, au lieu de s'écouler au dehors, s'épanche dans la cavité de l'utérus, le distend et s'y amasse parfois en assez grande quantité pour faire périr la femme (1).

Cette distension de l'utérus fournit un sûr moyen de reconnaître la cause des accidens. Cet organe, conservant un certain degré de mollesse, offre néanmoins un volume et une rondeur qu'il n'a pas dans l'inertie simple; quelquefois il s'élève même à la hauteur à laquelle il était parvenu dans les derniers mois de la grossesse; jamais il ne va au-delà; mais c'en est bien assez pour amener une terminaison funeste. C'est là le symptôme principal; on y peut joindre la suspension de l'écoulement lochial

---

lans. Une fois elles n'ont paru que six semaines après l'accouchement; mais elles ont duré quinze jours.

(1) Delamotte a trouvé un caillot de la grosseur d'un pain de quatre à cinq livres. (Obs. 386. *Voyez aussi* LEVRET, *suite des Accouch. lab.*, art. 10).

et la sortie de quelques caillots; mais cette suspension peut tenir à une foule d'autres causes, comme on le voit dans les tranchées utérines, où le sang, coagulé dans l'utérus ou dans le vagin, arrête l'écoulement ultérieur; et comme on le remarque encore dans un grand nombre d'affections inflammatoires ou fébriles, qui suivent de plus ou moins près l'accouchement. On doit néanmoins soupçonner l'hémorrhagie interne si l'écoulement du sang s'arrête après avoir été fort abondant, et si d'ailleurs les accidens persistent. La sortie des caillots, quand ils sont multipliés, quand ils n'offrent aucune fétidité, quand la compression du ventre les détermine à se présenter en plus grande abondance, est un signe assez valable; elle devient pathognomonique quand elle est procurée par l'introduction de la main dans l'utérus.

Quoique j'aie donné pour signe caractéristique de l'épanchement intérieur l'élévation de l'utérus, il est cependant quelques précautions à prendre, dans l'examen du ventre, pour éviter une erreur désagréable. Ainsi il n'est point très-rare de voir, après l'accouchement, les intestins, long-temps comprimés, céder tout-à-coup à l'effort des matières gazeuses qu'ils contiennent, et rendre à l'abdomen, dont les parois sont encore flasques et molles, toute l'étendue qu'il avait peu auparavant. Une péritonite dont l'existence serait antérieure ou contemporaine au travail puerpéral, pourrait produire encore un effet analogue. (*Voy.* tom. I, deuxième

Mémoire, obs. n° 3.) Dans de telles circonstances la percussion du ventre fera aisément distinguer si c'est une matière liquide ou gazeuse qui cause la distension : la résonnance est le caractère du météorisme.

Un jumeau resté dans l'utérus, ou même un placenta volumineux avec quelques caillots, pourraient également en imposer, si la forme bosselée et inégale de l'utérus, et si le toucher par le vagin ne rectifiaient suffisamment l'erreur.

Il y a plus, chez quelques femmes, cette élévation de l'utérus est une disposition naturelle : cet organe, encore gros, comme il doit l'être après un accouchement, remplit non-seulement tout l'hypogastre, mais encore monte au-dessus de l'ombilic, qu'il atteint presque dans la majeure partie des femmes nouvellement accouchées ; ou bien, comme je l'ai vu une fois, grâce à l'extensibilité du vagin, la matrice se laisse élever par la vessie distendue et remplie d'urine. Dans le cas que j'ai observé, mes élèves avaient conçu de vives inquiétudes, que je dissipai à l'instant par l'application de la sonde ; la proéminence de la vessie, si aisée à reconnaître pour une personne exercée, m'avait rassurée au premier abord ; et d'ailleurs, ici comme dans tous les cas qui précèdent, il n'existait presqu'aucun des symptômes communs dont nous allons nous occuper : un frisson spasmodique avait été pris pour une lipothymie.

C. Que le sang s'écoule au dehors ou qu'il s'a-

masse dans une cavité intérieure, il n'en est pas moins extravasé, sorti des vaisseaux, et il en doit également résulter tous les effets qui suivent une trop grande diminution des fluides circulatoires. Ces symptômes sont généralement connus, et je me contenterai d'en faire l'énumération.

On sait que toute hémorrhagie, surtout si elle est brusquement abondante, occasione la pâleur, la langueur, les pandiculations, le bruissement des oreilles, les vertiges, les nausées, les vomissemens, les lipothymies, les syncopes plus ou moins répétées et prolongées. A ces signes s'ajoutent quelques symptômes particuliers à la perte utérine : tels sont les douleurs de reins, un frisson spasmodique et un sentiment de tiraillement à l'épigastre, quelquefois tout semblable à la faim (1); quelquefois enfin, dans les derniers momens, il survient quelques accès d'hystérie (2), ou même des mouvemens convulsifs (HIPPOCRATE, MAURICEAU, LEVRET, *Ac. Chir.*, t. III, p. 220; et la plupart des accoucheurs.)

Ces deux dernières affections pourraient tromper les praticiens inattentifs, et leur faire prendre pour les symptômes d'une névrose ceux d'une hémorrhagie d'autant plus dangereuse qu'elle serait

(1) DESORMEAUX, leçons orales.

(2) BAUDELOCQUE, t. I, p. 469; STEWART DUNCAN, p. 254; HEZOLD, *Diss. de Hæmorr.*, § 17; BURNS, *Annales litt. méd. étr.*, t. XVII.

ainsi méconnue. D'une autre part, le danger ne serait pas moins grand si des personnes prévenues croyaient étourdiment à l'existence d'une hémorrhagie interne lorsqu'un accès de convulsions se déclare, le traitement prompt et énergique que réclament les véritables convulsions des femmes en couches étant justement l'opposé de celui d'une hémorrhagie considérable. (*Voyez* le 7ᵉ Mémoire.)

Enfin il serait aussi bien fâcheux de s'alarmer inutilement pour un accès d'hystérie simple. Dans tous ces cas, les signes que nous avons signalés comme caractéristiques de l'hémorrhagie interne ou externe serviront à faire éviter l'erreur, et permettront de donner au traitement une direction convenable. Il est des cas bien plus embarrassans : ce sont ceux de la coexistence du spasme et d'une hémorrhagie modérée. J'ai vu une femme prise d'accidens effrayans, de vertiges, de douleurs de reins, de mouvemens convulsifs, de lipothymies et de syncopes continuelles après une perte fort modérée ; les ablutions et fomentations froides, qu'on se crut forcé d'employer, ne firent qu'augmenter les accidens, comme elles augmentent toutes les affections spasmodiques. La malade périt en deux heures de temps, et l'ouverture du cadavre fit voir le canal intestinal et l'estomac contenant cinquante-deux vers lombricoïdes et des alimens à demi digérés en quantité assez considérable : il n'existait pas la moindre trace d'inflammation. J'ai vu d'autres femmes, après une fort légère hé-

morrhagie, quelquefois même sans perte réelle (1), être prises d'un spasme violent avec tremblement universel, claquement des dents, pâleur et froid général : dans quelques cas, ce frisson fut immédiatement *mortel;* dans d'autres, il fut suivi d'un violent accès de fièvre et du développement de la péritonite. Nul doute que dans un cas semblable le froid, appliqué à la peau ou à l'intérieur de l'utérus (injections), n'eût considérablement accru la torpeur; il l'eût peut-être rendu plus immédiatement funeste, ou bien eût de beaucoup augmenté la réaction subséquente, et par conséquent la fièvre et l'inflammation.

Le même danger serait à craindre si l'on s'en laissait imposer par les lipothymies qui suivent quelquefois un accouchement fort prompt, et qui paraissent tenir à la même cause qui les détermine après la ponction dans l'ascite, je veux dire à la déplétion subite de l'abdomen et à la liberté des vaisseaux auparavant comprimés. J'ai vu plusieurs fois ce phénomène se produire, soit à l'hospice, soit en ville, chez des femmes pâles et faibles, dont l'abdomen offrait beaucoup de mollesse et de flaccidité : un bandage modérément serré faisait cesser tous les accidens (2). Il faut

---

(1) Delamotte, obs. 211; Denman, t. II, p. 432; Ramsbotham, t. I, p. 209.

(2) C'est ce que Leroux appelle syncope par *dimotion* (p. 173). La mort est quelquefois survenue de cette ma-

donc beaucoup de circonspection dans l'établissement du diagnostic et des indications de ces circonstances difficiles ; il faut peser et examiner attentivement l'intensité respective des effets et des causes présumées, et se garder d'agir avec précipitation, en se laissant aller à la frayeur qu'inspirent naturellement des accidens aussi graves.

§ IV. *Pronostic.* Moins alarmante que celle qui précède l'accouchement (1), puisqu'elle ne porte du moins aucun préjudice à l'enfant, l'hémorrhagie qui suit la parturition est cependant fort souvent mortelle lorsqu'elle est considérable ; et, dans les cas les plus heureux, une violente céphalalgie (MAURICEAU, p. 388 ; PORTAL, p. 145), un état fébrile assez fort et de plusieurs jours de durée, ou bien l'anasarque (MAURICEAU, obs. 5, etc.), la faiblesse, etc., en sont presqu'inévitablement la suite. La cause et les symptômes doivent d'ailleurs avoir la plus grande influence sur l'établissement du pronostic. Ainsi l'hémorrhagie due à une rupture in-

---

nière. *Voy.* LEBAS, *Précis de doct.*, p. 133 ; et RAMSBOTHAM, *Bibl. méd.*, t. XLVI, p. 384.

(1) Sur un total de cinquante-cinq hémorrhagies utérines avant ou après l'accouchement, je trouve que quinze femmes seulement ont succombé. Je crois que la proportion serait bien plus forte s'il ne s'agissait que d'hémorrhagies survenues pendant la grossesse. Il est vrai que celles-ci ne deviennent ordinairement funestes qu'après la terminaison du travail prématuré auquel elles ont donné lieu.

térieure, ou bien à une inertie considérable et persistante, offre un caractère bien plus opiniâtre, et doit faire prévoir une issue plus funeste que celle qui tient seulement à la rétention des secondines, ou qui a lieu par la veine ombilicale d'un placenta de jumeaux. D'une autre part, une hémorrhagie interne offre ceci de perfide et de dangereux qu'elle peut être aisément méconnue par des personnes peu instruites ou distraites et inattentives. L'histoire de l'art fournit des preuves nombreuses de ce que j'avance (LEVRET, *l. c.*, etc.): aussi recommandons-nous constamment à nos élèves de s'assurer soigneusement de l'état de l'utérus après l'accouchement, lors même qu'il n'existe aucun symptôme alarmant; car il vaut bien mieux prévenir le mal que de le combattre.

L'hémorrhagie interne, même reconnue, est encore fâcheuse en ce qu'elle indique l'existence d'une inertie quelquefois incurable; en ce qu'elle nécessite des moyens douloureux, tels que l'introduction de la main, l'extraction des caillots; tandis qu'au contraire une hémorrhagie externe peu abondante n'exige souvent que quelques soins hygiéniques, le repos, la fraîcheur de l'air et des boissons, etc.

Parmi les symptômes communs à ces deux espèces de perte, il en est qui annoncent plus particulièrement un danger imminent et même une mort prochaine : de ce nombre sont les frissons violens, les convulsions, les syncopes prolongées,

les douleurs de reins violentes et continues, et de plus les éblouissemens et une cécité plus ou moins complète. Relativement à ce dernier symptôme, il est à remarquer que la pupille est ordinairement dilatée, et qu'elle se dilate surtout considérablement après quelques mouvemens oscillatoires, dans l'instant de la syncope la plus profonde. Ce phénomène ne peut certainement point, en pareil cas, être attribué à la compression du cerveau par une congestion sanguine : cette congestion n'a lieu qu'après la syncope : c'est alors qu'on voit la face rougir subitement, et les mouvemens convulsifs se déclarer. Quant aux accès de suffocation hystérique, ils n'annoncent un danger réel que chez les femmes qui n'y sont point habituellement sujettes; car il en est chez lesquelles ce symptôme se développe au moindre événement, à la moindre émotion.

Quand on examine le cadavre des femmes qui ont succombé à l'hémorrhagie subséquente à la parturition, on remarque d'ordinaire que la putréfaction s'en empare avec une promptitude singulière ; particularité uniquement due à la promptitude de la mort, à la brièveté de l'agonie. Quoique le cœur et les gros vaisseaux soient presque vides, ou ne contiennent qu'une petite quantité de sang séreux, on trouve quelquefois, dans les cavités splanchniques, des épanchemens fortement teints d'un sang qui ne paraît y avoir pénétré qu'après la mort, et par transsudation. Ce phénomène a fait quelquefois attribuer la catastrophe à une sorte

l'hémorrhagie intérieure (1), fort difficile à concevoir et à expliquer. Quant à l'utérus, il contient souvent des gaz qui, comme ceux qui rendent tout le cadavre emphysémateux, sont dus à la putréfaction : ce viscère est large, extensible, mou, quoiqu'assez épais ; l'air qu'on y pousse le distend d'abord; mais il s'échappe à l'instant par les veines dont les orifices sont largement ouverts à l'endroit qu'occupait l'insertion du placenta. Pris avec une partie du vagin, les trompes et les ovaires, l'utérus pesait, chez divers sujets, de deux à quatre livres.

§ V. *Traitement.*

A. *Préservatif.* C'est un préjugé généralement répandu, que l'omission de la saignée pendant la grossesse expose à l'hémorrhagie après l'accouchement; c'est pour cette raison que bien des femmes croiraient courir un danger manifeste si elles n'avaient eu recours à cette opération, quand même rien autre chose n'en aurait indiqué la nécessité pendant tout le cours de la gestation. Assurément cette croyance outrée doit être abandonnée au vulgaire, et l'accoucheur ne peut y accéder qu'autant qu'il veut mettre sa réputation à l'abri des reproches des personnes étrangères à l'art. Maintes fois

(1) On a cru pouvoir l'attribuer au passage du sang, comprimé dans l'utérus, à travers son tissu même (SWIETEN, t. IV, p. 540), ou à travers les trompes utérines. (RUYSCH, *Obs. anat. chir.*, 84 et 85). Mais on en trouve aussi dans les plèvres et dans le péricarde.

j'ai vu des pertes survenir chez des femmes qu'on avait abondamment saignées pendant leur grossesse; et, bien plus souvent encore, j'ai vu accoucher sans accident celles qui n'avaient point pris une précaution semblable.

Il est cependant indubitable que l'omission de la saignée, dans le cas de *pléthore réelle*, et surtout dans les derniers mois de la grossesse, peut, en conservant cet état pléthorique, disposer au molimen hémorrhagique : on peut donc regarder comme préservative toute saignée réellement indiquée dans les derniers mois de la grossesse, et l'on ne devrait point négliger cette considération chez une femme qui, dans ses couches précédentes, aurait éprouvé cet accident toujours redoutable.

Il est d'autres soins prophylactiques plus particulièrement relatifs à l'inertie, et dont l'application doit être bien plus rapprochée de l'époque à laquelle on craint de voir survenir l'accident. S'opposer, *autant que possible*, à la trop prompte terminaison d'un travail trop rapide, surtout chez une femme molle et lymphatique; accélérer au contraire un travail lent et pénible; aider ou suppléer la nature impuissante, avant que la femme soit complètement épuisée et la matrice tombée dans le collapsus; remédier aux accidens fébriles ou pléthoriques qui peuvent accompagner le travail, surtout chez les femmes fortes et sanguines (saignées, bains, lavemens, etc.), voilà le moyen de prévenir l'inertie et le molimen hémorrhagique.

Mais si, malgré vos soins, malgré le repos le plus absolu, malgré la défense expresse faite à la femme de seconder l'effet des douleurs par des efforts volontaires, vous voyez l'accouchement s'achever avec une célérité fâcheuse, il vous reste encore une ressource : c'est de laisser le placenta dans la matrice jusqu'à ce que de nouvelles douleurs se réveillent. Le placenta *n'est ordinairement point entièrement décollé alors,* et il s'oppose à l'hémorrhagie tant que dure la stupeur où reste l'utérus après cette trop prompte évacuation; il ne se détache tout-à-fait que quand le viscère reprend une nouvelle énergie et se contracte avec vigueur : on peut alors en faciliter, sans danger, l'extraction en tirant sur le cordon ombilical : maintes fois cette pratique m'a réussi, et a prévenu l'apparition d'un accident auquel la femme s'attendait, parce qu'il avait constamment eu lieu dans les couches antécédentes (1).

Dans le cas contraire à celui-ci, c'est-à-dire quand le travail a été long et fatigant, s'il a été précédé ou accompagné d'une perte sanguine plus ou moins copieuse, *le placenta est ordinairement détaché :* il ne peut donc s'opposer à l'épanchement du sang ;

(1) Madame Charrier, élève principale de madame Lachapelle, a eu dans l'année 1822 l'occasion de mettre en pratique ce judicieux précepte : un succès complet a couronné cette conduite prudente. Trois accouchemens avaient précédé celui-là, et trois fois l'hémorrhagie avait suivi une délivrance trop hâtive.

sa présence ne peut qu'entretenir, par distension, la langueur de l'utérus, et le fatiguer en l'irritant sans fruit; il faut donc procéder au plus tôt à la délivrance, débarrasser complètement la matrice, et profiter du peu d'énergie qui lui reste pour en procurer le resserrement. En général, on donne le précepte fort sage, à mon avis, d'accélérer la délivrance toutes les fois que l'inertie est accompagnée d'hémorrhagie, et d'attendre le retour des douleurs lorsque l'hémorrhagie n'existe point. (*Voy.* BAUDELOCQUE, t. I, p. 402.)

B. *Traitement curatif.* Autant il est convenable de pratiquer la saignée quand il y a simplement disposition au molimen, ou même lorsque l'hémorrhagie commence en s'accompagnant d'un cortège de symptômes de pléthore bien évidens, autant il serait absurde d'y recourir lorsque la perte est considérable, qu'elle est déclarée depuis quelque temps, et que la femme s'affaiblit. On risquerait peut-être, comme l'assure Asdrubali (t. II, p. 219), d'accroître l'inertie utérine; mais on s'exposerait bien plus certainement encore au danger d'accélérer et même d'amener immédiatement une syncope irréparable: les sédatifs, les adoucissans et même les astringens sont seuls indiqués alors; les débilitans ne le sont plus.

Le premier de ces moyens, le plus puissant parce qu'il agit à la fois comme sédatif sur le système circulatoire et comme astringent sur les fibres musculaires, c'est le froid: aussi le froid a-t-il été

conseillé de toute antiquité. L'air froid inspiré et mis en contact avec la peau, les fomentations, les ablutions froides sur le ventre, sur les organes génitaux et les membres, sont généralement employés et souvent avec un succès complet. Je dois donner ici néanmoins quelques avis qui sont le résultat de mon expérience. D'abord j'engage les jeunes praticiens à ne point dépasser de certaines bornes dans l'emploi de ce moyen, et à ne pas l'employer sans nécessité reconnue, tant pour épargner à la femme quelques réactions inflammatoires, que pour compromettre le moins possible leur réputation. Le froid doit toujours être proportionné à la fois à la violence des accidens et aux forces de la femme. Une femme très-faible serait aisément précipitée dans une torpeur mortelle par un froid trop vif: en général on doit s'arrêter dès que le frisson se déclare (1), et remplacer les linges mouillés par des linges secs et d'une température assez basse mais douce encore : c'est pour cela qu'il sera bon de n'employer que des linges simplement humides, et que l'on évitera d'inonder le lit de la malade et de faire ruisseler l'eau autour d'elle comme je l'ai vu quelquefois; il faut être à même de pouvoir, en un instant, substituer la chaleur au froid, et surtout supprimer toute humidité. C'est dans la crainte de causer un spasme trop violent que j'évite, autant que possible, l'usage des

(1) *Dummodò non horreat.* HIPPOCRATE.

lavemens et celui des injections vaginales à l'eau froide, et bien plus encore des injections d'oxycrat ou de vinaigre, qui sans doute détermineraient inévitablement la métrite après la cessation de l'hémorrhagie. Les injections froides ont toujours causé, sous mes yeux, un frisson spasmodique formidable à cause des suites immédiates ou médiates (par réaction) qu'on pouvait en attendre.

Il y a moins de danger à faire avaler des boissons froides ou astringentes (GEHLER, *in Syll. schleg.*, t. II, p. 657); l'estomac est, plus que le rectum et l'utérus, familiarisé avec le contact des liquides à cette température; mais, par la même raison, il faut peu compter sur les astringens pris par la bouche, même sur l'eau de Rabel, le ratanhia (1), le colombo (2), etc. : je n'en ai obtenu aucun succès marqué, et l'eau vineuse ou le vin pur m'ont paru plus avantageux quand la faiblesse était extrême.

Je n'ai point essayé la digitale pourprée ni certains autres médicamens de ce genre, vantés par quelques accoucheurs; je n'en avais pas besoin

---

(1) Je ne l'ai employé qu'en *poudre;* M. Peschier le recommande en *extrait*. Il vante aussi, d'après certains auteurs, le seigle ergoté, dont nous parlerons ailleurs.

(2) Helvétius a vanté l'alun; Pasta, la pierre hématite; Stewart Duncan, l'opium, rejeté avec raison par Bigeschi. Andrew Blake conseille l'acétate de plomb et la digitale; Burns est aussi partisan de cette dernière dans les cas où le pouls est plein et dur.

ans les cas simples, et j'y comptais trop peu pour es employer dans les cas difficiles.

Le procédé dont j'ai eu le plus constamment à e louer est l'introduction de la main dans la atrice : elle était nécessaire dans l'hémorrhagie terne pour extraire les caillots et autres corps rangers; elle était utile dans l'externe pour pré- enir l'épanchement intérieur et déterminer le res- errement, la contraction de l'utérus (1).

Mais dans quelques cas d'inertie opiniâtre, j'ai

(1) Peut-être un lecteur peu instruit en physiologie pa- ologique trouverait-il quelques contradictions, ou du oins quelque confusion dans nos préceptes. Ici, par emple, nous conseillons d'*introduire* la main pour *faire ntracter* l'utérus, et *d'extraire* les caillots pour *faire sser* l'inertie. Voici en résumé les principes sur lesquels nt basés nos conseils :

1°. Tout corps mou renfermé dans l'utérus peut suffire ur exciter dans ses vaisseaux un orgasme qui active l'hé- orrhagie. Mais, quant aux fibres musculaires, ce corps distend et les jette ainsi dans la torpeur, comme l'urine surabondance paralyse la vessie ; sa mollesse fait qu'il excite pas suffisamment la contractilité de ces fibres : ôtez corps, vous permettez à l'utérus de se contracter, et vous minuez l'excitement vasculaire.

2°. Un corps dur et inégal au contraire, la main, par emple, met vivement en jeu l'irritabilité de l'utérus, et détermine la contraction, comme le fait, sur un muscle s à nu, l'acupuncture, etc. ; d'ailleurs, la main, ne sé- urnant pas dans la matrice, lui permet de se resserrer, et la jette pas en torpeur par une distension semblable à celle e causent des caillots accumulés ou le placenta décollé.

vu l'hémorrhagie résister à toutes les tentatives que je viens d'énumérer; j'ai vu, d'autres fois, la matrice se contracter par momens pour retomber bientôt dans un collapsus qui renouvelait l'hémorrhagie. Je n'ai pas craint, dans ces cas extrêmes de recourir au tamponnement du vagin, et je l'ai fait surtout avec quelque sécurité chez les femmes douées d'un médiocre embonpoint. Il ne s'agissait plus alors que de s'opposer à la distension de l'utérus, à l'épanchement intérieur : pour cela, je saisissais la matrice dans le moment de sa contraction, et à travers les parois abdominales, je la contenais fortement serrée entre mes mains. J'ai plusieurs fois réussi de cette façon, après plusieurs heures de patience, à rendre à la vie des femmes dont l'état semblait désespéré. Dans quelques cas moins graves, une bande de ventre fortement serrée a suffi pour s'opposer au développement du viscère, et prévenir la perte interne. (Millot, *Observ. sur les Pertes.*)

Assurément le tamponnement est le dernier moyen à tenter dans les hémorrhagies qui suivent immédiatement l'accouchement; il n'en est pas tout-à-fait de même de celles qui surviennent une ou deux semaines après cette époque : la matrice a repris alors une force contractile et même une résistance de tissu qui la met à même de soutenir l'effort du sang, et d'en empêcher l'accumulation (1).

(1) Quand il existe une inertie bien complète, fût-ce

Cependant, si l'hémorrhagie était due à la rétention d'une masse volumineuse, du placenta, par exemple, peut-être la matrice, n'ayant pu se contracter, se resserrer complètement, conserverait-elle à l'inertie une tendance qui mériterait l'attention de l'accoucheur; mais, en pareil cas, la première chose à faire, c'est d'extraire le placenta (1), et cette extraction arrête infailliblement la perte. On ne devrait tenter le tamponnement que si l'orifice était trop fortement rétréci pour permettre l'introduction de la main.

Telles sont les principales indications qu'offrent l'hémorrhagie et l'inertie qui la cause; il en est d'autres qui sont relatives à quelques accidens ou symptômes de l'écoulement du sang: je veux parler plus particulièrement de la syncope et des phénomènes qui s'y rattachent, comme le frisson spasmodique, la suffocation hystérique, etc. Lorsque ces symptômes ont une intensité inquiétante, on

---

même au treizième jour des couches, ainsi que nous l'avons vu, l'utérus peut alors se laisser distendre assez pour contre-indiquer l'emploi du tampon. Mademoiselle Rouget, élève distinguée de la Maternité, m'a dit avoir été témoin d'un cas semblable au quinzième jour après l'accouchement.

(1) J'ai déjà donné quelques conseils relativement à la délivrance, et j'aurai occasion d'y revenir dans les observations particulières: c'est pourquoi je m'abstiendrai de détails qui prolongeraient inutilement cet article. (*Voy.* le t. I, p. 159. *Voy.* aussi LEVRET, *Ac. Chir.*, t. III, p. 220.)

est bien forcé de recourir aux stimulans dits antispasmodiques, à la chaleur, etc.; mais il faut toujours avoir soin de proportionner le remède à l'accident; il faut que la chaleur fasse cesser le frisson, que les stimulans dissipent la lipothymie et l'accès hystérique, sans aller au-delà, sans exciter un mouvement fébrile, et par suite renouveler le *molimen* hémorrhagique. (GEHLER, *l. c.*, § XIII.) Le vin est un des fortifians les plus convenables; l'éther n'est applicable qu'aux cas de syncope considérable; il en est de même de l'alcali volatil, que le vinaigre supplée avantageusement dans des circonstances moins alarmantes.

Dans les syncopes prolongées, les anciens auteurs ont conseillé de lier les membres, ou mieux d'en comprimer les artères, pour maintenir dans le centre une quantité de sang suffisante à l'entretien de la vie (1). Le tourniquet, que j'ai fait trois fois appliquer, dans des cas graves, sur les quatre principaux troncs des membres, n'a paru qu'une seule fois retarder la marche des symptômes, et je le regarde comme à-peu-près nul dans

(1) Rhodion (p. 69), Scardona, p. 46, et d'autres, l'ont conseillé dans une toute autre vue, celle de diminuer l'afflux du sang vers l'utérus. Ce sont les veines qui doivent être particulièrement comprimées alors. Nous avons des moyens plus sûrs que celui-là pour faire cesser le *molimen*. C'était dans le même but qu'Hippocrate voulait qu'on appliquât des ventouses sous les mamelles, en qualité de dérivatifs. (*Aph.* 50, *lib.* V.)

ses effets. On a proposé une autre opération qui a de plus l'inconvénient d'être presqu'impraticable, de meurtrir l'utérus et d'en entretenir la distension : c'est la compression de l'aorte abdominale à travers la paroi postérieure de la matrice, dans laquelle on introduit la main. Ce procédé a été généralement exclu de la pratique de l'art des accouchemens. (Boer, *Med. nat. obst.*)

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES,

Faisant suite au sixième Mémoire.

N° Ier.

Plusieurs cas d'avortement prévenu (1).

1. Un officier de santé peu instruit, mais doué d'un jugement sain, me rendit compte, il y a quelques années, de deux faits assez remarquables. Deux femmes enceintes furent, à-peu-près dans le même temps, menacées d'une fausse couche; chez toutes deux un état fébrile et pléthorique existait manifestement; toutes deux furent prises d'une *hémorrhagie* utérine, et l'une d'elles éprouvait déjà de vives *douleurs* à l'hypogastre. Voici quel fut le raisonnement de cet homme, et quelles en furent les conséquences. Ces deux femmes sont pléthoriques; le sang se porte trop abondamment vers la matrice: donnons-lui donc une autre issue. Des sangsues furent appliquées à la vulve, et ce moyen,

(1) Ce numéro et les trois suivans sont de l'éditeur. Ces sortes de cas paraissaient si simples à madame Lachapelle qu'elle n'en a jamais fait prendre d'observation détaillée.

si sévèrement défendu par certains praticiens, supprima la perte et les douleurs, et permit à la grossesse d'arriver à son terme naturel.

2. En 1818, une vivandière de la caserne de Courbevoye, enceinte de trois à quatre mois, sentit une fatigue générale après un travail assez rude. Arrivée à Paris, elle se sentit plus accablée encore; la courbature s'accompagna de fièvre, et bientôt d'une *ménorrhagie* peu abondante, mais continuelle. Le troisième jour, à la perte se joignirent des *douleurs* vives dans les reins et l'hypogastre. Je fus appelé; je touchai cette femme et reconnus la grossesse. Le col de l'utérus était mollasse et entr'ouvert, de manière à admettre le bout du doigt. La fièvre et la céphalalgie existaient encore; elles me parurent indiquer la saignée du bras, qui fut pratiquée à l'instant; des cataplasmes furent appliqués sur l'abdomen. Le lendemain, tous les accidens avaient disparu, et la femme était dans l'état le plus satisfaisant.

Ces trois faits parlent clairement en faveur des opinions exposées dans l'article 1er de ce Mémoire; ils prouvent que le *molimen*, et l'exhalation du sang qu'il produit, précèdent ce changement de structure, cette organisation nouvelle dont l'utérus a besoin pour se débarrasser de son contenu.

N° II.

Deux cas d'hémorrhagie utérine au quatrième et au cinquième mois, supprimée par la saignée du bras.

1. Une dame âgée de dix-neuf ans, de constitution moyenne et enceinte pour la première fois, était arrivée au quatrième mois sans avoir éprouvé aucune incommodité bien pénible. Depuis plusieurs jours elle se plaignait d'une pesanteur générale et de quelque céphalalgie, symptômes de pléthore que l'on rapporta au défaut d'exercice. Après une promenade un peu prolongée, cette dame se sentit plus accablée que jamais; quelques frissons se déclarèrent, et un mouvement fébrile leur succéda; la céphalalgie était plus intense, la face rouge, la peau chaude, le pouls dur, fréquent et vif. Quelques gouttes de sang commencèrent à s'écouler du vagin; elles augmentèrent bientôt, et alors parurent des douleurs, peu considérables il est vrai, dans les lombes, les aînes et l'hypogastre. Nous étions alors au commencement de l'été si brûlant de l'année 1822. Je fus appelé et je pratiquai sur-le-champ une saignée de deux palettes environ; j'y joignis l'usage des boissons fraîches et mucilagineuses, la diète et le repos absolu. Ces moyens diminuèrent la douleur et l'écoulement du sang: cependant quelques gouttes s'échappèrent encore

pendant les deux jours suivans, et le mouvement fébrile ne disparut aussi qu'après trois jours de durée. Moyennant les précautions convenables, cette dame est heureusement arrivée au terme de sa grossesse.

2. Dans l'hiver de l'année suivante, je fus consulté pour un cas à-peu-près semblable, survenu, à la fin du cinquième mois d'une seconde grossesse, chez une dame peu robuste, et qui, depuis quelques jours, avait contracté un catarrhe pulmonaire assez violent. La céphalalgie et la fièvre étaient peu considérables; l'écoulement du sang était aussi fort peu abondant; mais quelques douleurs vagues dans l'abdomen en faisaient craindre l'augmentation et l'imminence d'un avortement. Une saignée de dix onces fut pratiquée sur-le-champ, et le repos recommandé à la malade; en même temps on administra quelques onces d'émulsion et des boissons pectorales. Les accidens se dissipèrent en peu de jours, et la santé se rétablit : cependant cette dame est accouchée prématurément, et sans cause connue, d'un enfant âgé de sept mois, et trop faiblement constitué pour être viable. Cet enfant, lors de sa naissance, était universellement coloré d'un rouge violet et même bleuâtre ou livide. Cette coloration, très-marquée surtout aux mains et aux pieds, s'accompagna bientôt d'une sorte de gonflement œdémateux et d'un froid glacial que l'on ne put dissiper, et qui dura jusqu'à la mort, arrivée le troisième jour après la naissance.

Il n'est pas difficile de reconnaître ici le *molimen* qui a précédé ces légères hémorrhagies; le premier fut décidé par une fatigue musculaire, et le second par les efforts de la toux; mais il existait dans l'un et dans l'autre cas une prédisposition pléthorique ou fébrile bien manifeste. La saignée a supprimé ce *molimen* et prévenu l'avortement qui en eût pu être l'effet.

Quant à la coloration singulière de l'enfant dont il est ici fait mention, elle tenait peut-être à quelque vice de conformation du cœur et des gros vaisseaux; l'œdème, le froid et la mort de ce petit être ont été l'effet d'une hématose imparfaite et d'une circulation dérangée ou trop peu active.

N° III.

Avortement imminent prévenu deux fois par les sangsues.

Une dame, âgée de vingt-six ans, réglée périodiquement depuis la puberté, mais sujette, à chaque époque, à de vives douleurs dans l'abdomen, les lombes et les cuisses, était mariée depuis peu. Ses règles avaient eu lieu deux fois avec les symptômes accoutumés. Ces symptômes commençaient à paraître pour la troisième fois lorsque, voulant s'éviter les douleurs ordinaires, elle se fit appliquer huit à dix sangsues à l'anus, moyen qui l'avait plusieurs fois soulagée; mais elle ne l'avait jamais mis en usage avant l'éruption

menstruelle. Cette fois il enleva les douleurs (qui toujours avaient précédé l'écoulement du sang), et les règles ne parurent point. Effrayée de cet événement, elle m'en parla aussitôt, et m'apprit en même temps que, quinze jours avant, les mamelles avaient été et étaient encore le siége d'un gonflement douloureux. Cette circonstance rendait la grossesse probable, et je pensai que les sangsues avaient peut-être prévenu un avortement: la suite prouve que je ne m'étais point trompé.

Pendant le mois qui suivit, les digestions devinrent douloureuses; à une gastralgie purement nerveuse succéda bientôt une légère gastrite, et trois semaines après la première application de sangsues (deuxième époque menstruelle), la fièvre se développa; dans la nuit, quelques gouttes de sang sortirent du vagin et tachèrent le linge de la malade. L'estomac paraissant être le siége de l'excitation principale, c'est vers lui que je dirigeai le traitement anti-phlogistique : six sangsues furent appliquées à l'épigastre, et un bain tiède administré ensuite. L'écoulement du sang fut arrêté, et la grossesse continua de marcher jusqu'au huitième mois, époque où des convulsions violentes déterminèrent un travail prématuré.

On a vu, dans l'une des premières observations, un catarrhe pulmonaire décider *le molimen* et la ménorrhagie. Ici la gastrite a produit un effet analogue en secondant *le molimen* menstruel, qui a

été la principale cause de l'imminence des deux hémorrhagies utérines que la saignée locale a supprimées.

N° IV.

Avortement imminent après des secousses générales, prévenu par la saignée.

Nous avons vu jusqu'ici un molimen ou état fébrile causé, soit par la pléthore, soit par la fatigue, soit par un état catarrhal, rendre l'avortement imminent; nous allons voir ce molimen attribué à une secousse de toute la masse du corps, dont les effets avaient plus particulièrement porté vers l'utérus.

Je ferai précéder ce fait de l'exposé succinct d'un autre qui en facilitera l'intelligence.

Il y a quelques mois que l'on m'appela en toute hâte auprès d'une dame âgée d'une vingtaine d'années qui venait d'avoir une syncope. Depuis quinze jours elle éprouvait un malaise général, de la fièvre, des douleurs vers l'hypogastre et une perte de sang qui s'écoulait de la vulve goutte à goutte. Le développement de ces accidens avait suivi immédiatement une chute sur le côté, que cette dame fit dans son appartement quelques jours après une menstruation ordinaire. Des sangsues appliquées aux aînes arrêtèrent la perte; mais la métrite dura encore cinq à six jours avec une fièvre violente; ces accidens cédèrent enfin aux bains,

la diète et aux boissons adoucissantes ; un bourouflement douloureux de la muqueuse du vagin persista seul pendant plusieurs semaines encore (1). Une saignée du bras aurait sans doute abrégé de beaucoup la marche de cette maladie ; mais la malade ne voulut point s'y soumettre, et des circonstances particulières retardèrent encore, plus que je n'aurais voulu, l'application des sangsues.

Nous pouvons conclure de ce fait que la matrice peut, même hors l'état de grossesse, devenir le centre ou le but d'un *molimen* fébrile, excité par une cause accidentelle. Cela posé, passons à l'observation que nous avons annoncée.

Une jeune femme, de constitution peu robuste et mariée depuis quatre ans, avait eu, deux ans après son mariage, une suspension de l'évacuation menstruelle pendant environ deux mois. Naturellement sujette à de semblables irrégularités, elle n'y avait fait aucune attention, lorsque des douleurs utérines s'annoncèrent, accompagnées d'un écoulement sanguin que suivit bientôt l'évacuation d'une masse charnue, laquelle fut reconnue par un accoucheur pour un double germe avorté. Cet accident fut attribué à des travaux pénibles.

Deux ans après (juillet 1823), une suspension

(1) Accouchée depuis plus d'un an, elle avait souvent ressenti au-dessus de la vulve des pesanteurs incommodes qui, sans doute, étaient dues à un semblable boursouflement.

semblable avait fait soupçonner l'existence d'une grossesse parvenue au troisième mois; quelques symptômes de pléthore étaient les seules indispositions dont se plaignait cette personne : seulement elle avait en même temps éprouvé un gonflement douloureux et assez considérable des deux mamelles. La céphalalgie durait depuis dix à douze jours, et la chaleur de l'atmosphère en paraissait être cause, lorsqu'elle fit un chute sur le siége. La commotion accrut bientôt la céphalalgie, la pesanteur générale, la rougeur de la face, etc. Deux jours après, se développèrent des douleurs dans les lombes et l'hypogastre; ces douleurs étaient parfois lancinantes, puis prenaient le caractère de crampes ou tranchées utérines : les lavemens n'avaient procuré aucun soulagement.

Le 17 juillet matin, les tranchées s'accroissent et s'accompagnent d'un état de spasme général avec frissonnemens, pâleur et froid des pieds et des mains. Ce redoublement détermina à précipiter l'emploi de la saignée, et l'on tira environ deux palettes de sang. Une heure après, la chaleur et la coloration de la face avaient reparu; mais les douleurs avaient toujours beaucoup de force, et l'on s'aperçut qu'un peu de sang très-séreux s'écoulait du vagin. Cet écoulement augmenta peu et ne tarda pas à s'arrêter; les douleurs cessèrent le même jour après avoir diminué par degré; et après quelques jours de repos, cette jeune femme reprit, sans la moindre suite fâcheuse, ses occupations

ordinaires. Elle est accouchée spontanément d'un enfant vivant et à terme, le 3 janvier 1824, c'est-à-dire cinq mois et demi après la saignée.

La saignée prévint donc ici un avortement auquel il existait une prédisposition évidente, quoique le travail de l'expulsion parût être déjà commencé; il y a eu aussi plusieurs oscillations bien marquées, semblables à celles de toutes les affections fébriles.

N° V.

Avortement à quatre mois; placenta resté dans l'utérus; hémorrhagie; tamponnement.

Une femme de constitution sèche et sanguine, nommée Br..., âgée d'environ vingt-cinq ans, arriva à l'hospice le 27 février 1820, enceinte de quatre mois, et cependant ressentant les douleurs de l'enfantement. Un peu de sang s'écoulait du vagin. Peu après son arrivée, les membranes s'ouvrirent, et l'eau s'échappa de la matrice en même temps qu'un fœtus long d'environ sept pouces, rouge, humide, mais peu altéré, quoique ne donnant aucun signe de vie. Après son expulsion, les douleurs diminuèrent, et le placenta resta enfermé dans l'utérus, dont l'orifice était trop peu ouvert pour admettre le doigt. Pendant six jours, cette femme fut tourmentée par des douleurs presque continuelles et parfois intolérables, occupant les lombes et l'hypogastre; l'abdomen était devenu

très-sensible à la pression; la fièvre était intense, la face rouge, la peau chaude. Les bains de siége, la saignée du bras, les sangsues, les cataplasmes, ne produisirent aucun soulagement. Le 5 mars, parut tout-à-coup une hémorrhagie qui devint bientôt assez abondante pour affaiblir sensiblement les forces; les douleurs étaient beaucoup moindres, l'orifice plus mou, mais encore peu ouvert; en conséquence je pratiquai sur-le-champ le tamponnement du vagin. La perte fut ainsi arrêtée; mais les douleurs prirent un accroissement considérable; elles étaient moins accablantes, mais plus vives, plus soutenues, plus prolongées, mais non continues; enfin, elles envahissaient seulement l'hypogastre, et les lombes en étaient exemptes : aussi, sous l'influence de ces contractions favorables, et à l'aide des efforts musculaires auxquels cette femme se sentait excitée malgré sa faiblesse, le placenta ne tarda pas à franchir l'orifice et à pousser les bourdonnets de charpie que nous nous empressâmes d'extraire.

Dès-lors tous les accidens cessèrent, les symptômes inflammatoires et fébriles disparurent instantanément, et il ne resta de l'hémorrhagie que l'écoulement lochial qui suit les couches les plus heureuses.

L'utilité du tampon, en pareil cas, est incontestable : aussi est-il universellement recommandé, et ne s'avise-t-on plus d'aller ouvrir de force l'ori-

fice pour y introduire des pinces ou des crochets. On remarquera ici un de ces exemples dont j'ai parlé, de la bénignité des inflammations péritonéales qui sont provoquées par l'avortement.

N° VI.

Hémorrhagie mortelle à sept mois, par insertion anormale du placenta; tamponnement; accouchement spontané.

Le 11 juillet 1821, arriva à l'hospice une femme maigre et faible, âgée de vingt-six à vingt-sept ans; elle était enceinte pour la seconde fois, et grosse de sept mois à-peu-près. Depuis plusieurs mois, affectée d'épistaxis, d'angines violentes et même de symptômes de pneumonie, elle avait été saignée cinq à six fois, et avait subi, à plusieurs reprises, l'application des sangsues.

A son arrivée elle perdait un peu de sang, et se plaignait de douleurs dans l'abdomen et les lombes.

L'orifice externe, assez ouvert, permettait de sentir l'interne, alternativement fermé et ouvert d'un demi-pouce; le col, long d'un pouce, formait une petite cavité ovalaire, dont les deux ouvertures étaient plus étroites que la partie moyenne. A travers l'orifice interne, je pus, dans un moment de relâchement, m'assurer qu'une partie du contour du placenta couvrait cet orifice, et que la tête du fœtus n'était pas éloignée. L'enfant était fort

mobile et exécutait lui-même des mouvemens fort vifs.

Le 16 juillet, l'hémorrhagie augmente, le bord du placenta fait saillie dans le vagin, le *tamponnement* devient nécessaire.

La dilatation s'opère lentement et à l'aide de faibles douleurs, et enfin l'accouchement a lieu spontanément dans la nuit du 15 au 20. Une quantité médiocre de sang s'écoule pendant cette opération, et pendant une heure la femme est dans un état satisfaisant.

L'enfant pesait de trois livres et demie à quatre livres, et paraissait être du terme de sept mois et demi à huit mois; il n'a donné aucun signe de vie.

Bientôt après l'accouchement, la perte se renouvelle, *quoique l'utérus soit contracté* et descendu dans la région sous-ombilicale. L'accouchée se plaint d'anxiétés, de malaise, d'oppression et de faiblesse; le pouls, d'abord vide et plat, disparaît peu à peu; la respiration devient singultueuse; la déglutition est impossible, la vue nulle, les pupilles dilatées, et cependant *la peau est chaude et sèche*, et la face n'est pas excessivement pâle (état fébrile).

On réappliqua le *tampon*, en ayant soin de soutenir l'utérus avec une main destinée à en prévenir le développement; on fit des lotions d'eau froide, on comprima les quatre artères principales des membres pour conserver le sang dans les vaisseaux du centre, et on administra du vin, de l'eau de Rabel, de l'éther, etc. Malgré ces secours, la

malade expira le 20 juillet à deux heures du matin, deux heures et demie après l'accouchement.

Examen des cadavres.

Le 21 juillet, par une chaleur forte et une grande sécheresse, on procéda à l'examen des deux cadavres. L'enfant portait un *thrombus* considérable au côté droit et postérieur du crâne; le cœur contenait beaucoup de sang; les membranes séreuses contenaient toutes de la sérosité jaunâtre et un peu visqueuse; le testicule gauche était seul dans le scrotum, l'autre était encore au-dessus de l'anneau.

Le cadavre de la mère était déjà emphysémateux et répandait une odeur putride; le cœur et les vaisseaux, rouges à l'intérieur, contenaient du sang liquide en petite quantité; le bras droit était fortement ecchymosé par transsudation. Sérosité sanguinolente dans toutes les séreuses; épiploon rougeâtre, *adhérent* à la face antérieure de l'utérus. Celui-ci, élevé *au-dessus de l'ombilic*, était assez ferme, rouge, et pesait environ deux livres et deux onces. On trouva, au voisinage de l'orifice, la trace de l'insertion du placenta; le vagin était ecchymosé très-fortement.

On trouve bien évidemment ici quelque chose de plus que décollement du placenta. Le *molimen* ou mouvement fébrile a été très-marqué : c'est à lui que l'on doit attribuer principalement la continuation de l'hémorrhagie après l'accouchement,

puisque l'utérus était contracté. Peut-être cependant n'était-il pas assez universellement resserré pour fermer l'ouverture des sinus utérins. On peut *conjecturer* en effet que, le fond même de l'organe étant contracté, le col a conservé une inertie que favorisait peut-être le tiraillement de l'utérus par les *adhérences* de l'*épiploon*. Cette *inertie partielle* est très-fréquente, mais rarement elle est dangereuse, parce que le placenta est ordinairement inséré sur les parois du corps utérin, de sorte que les orifices des sinus ne participent pas à l'inertie du col. Il n'en est pas ainsi quand le placenta a été attaché sur le col même; car alors l'inertie de cette portion suffit pour entretenir l'hémorrhagie, et la constriction du reste de l'organe n'est d'aucune utilité pour la suspension de l'accident. Nous en aurons plus loin des exemples plus évidens que celui-ci.

Cet exemple peut servir à prouver encore que les saignées répétées pendant la grossesse ne causent pas l'avortement, et qu'elles ne préservent point toujours de l'hémorrhagie cervico-placentale, ni même de celle qui tient à l'inertie ou au *molimen*. Il prouve aussi l'inutilité des médicamens administrés par la bouche, et le peu de compte qu'il faut faire de la compression des vaisseaux extérieurs destinée à retenir le sang en plus grande masse dans les vaisseaux intérieurs. Je ne crois pas qu'on puisse compter davantage sur la compression des veines; car cette opération re-

tiendrait plutôt le sang dans les membres que dans les organes centraux : si l'on comptait sur ce moyen pour dissiper le *molimen*, il serait plus rationnel sans doute ; mais est-il aisé alors de supprimer le molimen sans produire un collapsus funeste ?

L'autopsie a fait observer une ecchymose considérable du vagin et de l'orifice utérin. Est-ce au tamponnement qu'il faut attribuer cet effet ? Je ne le pense pas, du moins pour le col de l'utérus, qui a peu ou point souffert de l'opération, et qui d'ailleurs nous a quelquefois présenté cette ecchymose dans des cas où les parties n'avaient souffert aucune violence extraordinaire.

Une dernière remarque m'est fournie par l'*état pléthorique* du fœtus, malgré l'épuisement de la mère ; ce fait prouve bien la fausseté de la théorie de l'anastomose : le fœtus serait vide de sang si le placenta s'anastomosait véritablement avec les sinus utérins ; il meurt *asphyxié* parce que son sang n'est plus vivifié par celui de la mère. Ce sujet sera plus amplement traité à l'occasion de la procidence du cordon ombilical.

N° VII.

Hémorrhagie à sept mois de grossesse, par insertion anormale du placenta ; tamponnement ; accouchement spontané ; pleurésie mortelle.

Une femme de vingt-sept à vingt-huit ans, enceinte pour la première fois et parvenue au terme

de sept mois, fut prise d'une hémorrhagie utérine que nous reconnûmes aisément devoir être attribuée à l'insertion du placenta sur l'orifice interne. Le tamponnement arrêta la perte, et la femme n'en souffrit point pendant trois jours que séjourna le tampon. Point de fièvre, de toux, ni aucun autre symptôme d'affection thoracique ; appétit, etc. Les douleurs de l'enfantement s'étant développées, on retira quelques bourdonnets, et le reste fut expulsé, après vingt heures d'un travail peu douloureux, avec un enfant assez petit et putréfié. Le sang avait coulé en quantité médiocre.

Pendant une demi-heure après l'accouchement, cette femme se sentit dans l'état le plus satisfaisant. Ce temps écoulé, elle commença à éprouver une horripilation et un frissonnement spasmodique, avec pâleur, refroidissement universel, dyspnée et sentiment d'oppression vers l'appendice xyphoïde, suffocation imminente, agitation extrême, pouls petit, fréquent et dur.

Bientôt les mains s'engourdissent; la malade est convaincue de l'approche de sa dernière heure, et effectivement elle expire environ deux heures après la délivrance. Dans ce dernier moment les lèvres pâlirent, un peu d'écume se montra dans la bouche, les pupilles se dilatèrent considérablement, et les yeux restèrent fixes et largement ouverts; le pouls cessa, après avoir été filiforme et toujours dur.

Les linges chauds, les sinapismes, les vésica-

toires, l'alcool de mélisse, l'oxymel scillitique et autres moyens semblables furent inutilement prodigués.

Examen anatomique.

Le cadavre fut examiné le lendemain : il répandait une odeur infecte, et les cavités splanchniques étaient distendues par des gaz putrides; le cœur, les vaisseaux, l'utérus et les organes parenchymateux en étaient également remplis ou infiltrés au point de surnager l'eau. Le poumon gauche adhérait par des brides cellulaires à la plèvre costale. La plèvre droite était remplie d'un liquide séreux mêlé de flocons d'albumine et de lambeaux couenneux jaunâtres, en assez grande quantité pour remplir le creux de la main. Le poumon était sain, à l'exception d'un emphysème évidemment dû à la putréfaction. Le sang contenu dans le cœur et les gros vaisseaux était en grande partie liquide, et il en avait fortement rougi les parois. L'utérus était large et mou; le péritoine et l'estomac sains.

Il n'est pas aisé de déterminer la marche de cette pleurésie; il est difficile de croire qu'elle ait, en deux heures, parcouru toutes ses périodes; peut-être son invasion fut-elle masquée par les douleurs du travail puerpéral. Elle paraît due, ainsi que les inflammations dont l'histoire va suivre, à la réaction qui succède ordinairement aux lipothymies occasionées par l'hémorrhagie.

La prompte putréfaction du cadavre tenait à la rapidité de la marche funeste de cette maladie.

Le traitement d'une semblable affection est certainement fort épineux à cause de l'obscurité du diagnostic. On soupçonna l'existence d'un œdème du poumon dont nous avions eu précédemment quelques exemples; mais, quand on aurait eu la plus exacte connaissance de la nature du mal, aurait-on pu faire usage des moyens anti-phlogistiques? Les débilitans n'auraient-ils pas accéléré la mort? et ce funeste événement n'a-t-il pas été plutôt le résultat d'une sorte de lipothymie spasmodique que de l'inflammation même?

N° VIII.

Hémorrhagie cervico-placentale; tamponnement; version; ovarite; apoplexie séreuse mortelle.

A. Sev....., femme d'environ vingt-cinq ans, grande et robuste, fort heureusement accouchée la première fois et parvenue au cinquième mois d'une deuxième grossesse, s'aperçut d'un léger écoulement de sang par le vagin. Cette hémorrhagie s'arrêta seule par l'effet du repos, et il en fut de même de plusieurs autres qui parurent ensuite. Cependant, le 3 octobre 1821, la perte fut assez abondante pour affaiblir la malade et nécessiter le tamponnement. Le huitième mois de la grossesse était alors commencé. Le 4 octobre, la perte était arrêtée; le tampon fut supprimé sans

récidive. Le 5 et le 6, A. Sev..... se plaignit de céphalalgie, de soif, de douleurs passagères dans l'abdomen; la peau était chaude et sèche, et le pouls fébrile. *Une saignée de six onces* amena quelque soulagement; mais la perte reparut le soir, et une lipothymie en fut la suite. *Tamponnement.*

Les douleurs se rapprochent et s'accroissent; le 7, à six heures du matin, elles sont expultrices; le vagin est débarrassé et l'on trouve l'orifice complètement ouvert. La tête était au voisinage; j'écartai le placenta, j'ouvris les membranes, je saisis les pieds et les entraînai au dehors : l'extraction fut opérée avec lenteur, et l'enfant fut réellement *conduit* à l'extérieur sous l'influence des contractions utérines. Il était mort quoique *plein de sang*. La délivrance suivit de près.

La femme était pâle, le pouls faible; une lipothymie survint; mais le sang cessa de couler, et le bien-être succéda au malaise.

Le 9 octobre, dans la nuit, après un état d'anxiété, d'agitation, et une loquacité singulière, survint tout-à-coup un coma profond. Le pouls était grand, fort et fréquent, les pupilles dilatées et peu mobiles (surtout la droite); la peau était chaude, mais pâle, la respiration stertoreuse (*sangsues au cou, sinapismes, vésicatoires, lavement purgatif*, puis *saignée du pied* peu considérable). Nulle diminution dans les symptômes n'a suivi l'administration des médicamens, et, avant la fin du jour, la malade avait expiré.

Examen du cadavre.

L'arachnoïde qui entoure le cervelet est soulevée par un peu de sérosité jaune et trouble; les ventricules du cerveau en contiennent environ deux cuillerées.

Les deux ovaires sont en suppuration; le droit est en partie détruit. Les traces de l'insertion du placenta (mamelons fongueux) se voient à la partie antérieure et inférieure du corps de l'utérus; le col de cet organe n'offre rien de remarquable.

Cette apoplexie ou fièvre cérébrale peut-elle être attribuée à une réaction déterminée par un collapsus antécédent? L'ovarite tenait-elle à la même cause, ou bien fut-elle due à l'irritation causée par le tamponnement? Voilà des questions qui ne se rattachent qu'indirectement à mon sujet, et dont j'abandonne la solution à la sagacité du lecteur.

On voit ici que le placenta n'a pas besoin d'être positivement greffé sur l'orifice utérin pour se décoller dans les progrès de la grossesse, et qu'il suffit qu'il soit implanté au voisinage de cet orifice. On a pu remarquer aussi que la récidive du 6 octobre fut précédée et sans doute amenée par un *molimen* fébrile très-marqué et que la saignée ne supprima point.

N° IX.

Hémorrhagie cervico-placentale; procidence du cordon; tamponnement; version; fièvre adynamique mortelle.

Marianne Bol... était âgée de quarante ans, et avait déjà mis au monde quinze enfans. Parvenue au commencement du septième mois de sa seizième grossesse, elle éprouva une perte de sang fort considérable, qui dura presque toute la journée. Quelques jours après (11 vendémiaire), l'hémorrhagie reparut avec tant de violence, que cette femme se hâta de se faire transporter à l'hospice. L'orifice peu ouvert, dur, épais, et le col encore fort long, indiquaient peu de dispositions à un accouchement prochain. C'est pourquoi je me décidai à fermer toute issue en remplissant le vagin de bourdonnets de charpie. Le repos et les boissons astringentes secondèrent l'effet de cette occlusion.

Le 13 vendémiaire, quelques ténesmes ayant décidé des efforts expulsifs, les bourdonnets s'échappèrent avec des caillots. Le tamponnement fut réitéré. Pendant la nuit, spasme, frissonnemens, agitation. A quatre heures du matin, douleurs puerpérales dans les lombes et l'abdomen, contractions utérines fortes et fréquentes, nouvelle expulsion du tampon.

L'orifice commençait à se dilater; il était mince et souple, mais encore trop peu ouvert pour livrer

passage à la main de la sage-femme : l'hémorrhagie n'avait été que suspendue, et, pour la troisième fois, il fallut réintroduire des bourdonnets de charpie. Cette fois, ils furent placés avec précipitation et en trop petit nombre ; le sang les eut bientôt traversés. En conséquence, j'en fis l'extraction, et je résolus d'avoir recours au procédé de Puzos. Je rompis les membranes, et en même temps je m'assurai que le bord du placenta touchait à celui de l'orifice, et que la tête du fœtus s'avançait présentant le vertex dans la deuxième position.

La perte était supprimée, et j'aurais abandonné aux seuls efforts de la nature l'entière expulsion du fœtus si un nouvel accident n'eût changé cette détermination : le cordon ombilical glissa à côté de la tête et descendit dans le vagin.

La main droite fut choisie pour opérer la version, et tout marcha suivant les règles, à l'exception de la tête, qui sortit l'occiput tourné vers le côté droit, quoique le dos eût passé sous la cavité cotyloïde gauche. L'enfant pesait cinq livres et demie ; il était faible, mais viable. La délivrance fut prompte et facile.

Dès le même jour, une fièvre violente se développa ; la peau sèche et brûlante, une soif excessive, une constipation opiniâtre, des urines chargées et noirâtres, un pouls dur et fréquent, annoncèrent une affection grave et dangereuse. En effet, l'adynamie ne tarda pas à survenir, et la malade

succomba le 17 vendémiaire, quatrième jour des couches, offrant tous les symptômes des fièvres dites *adynamiques* ou *putrides*. Des douleurs s'étaient fait sentir dans l'hypogastre; mais elles étaient dues à de simples tranchées utérines : un cataplasme les avait fait disparaître. Les lochies ne cessèrent de couler avec abondance que dans les derniers momens de l'existence de cette femme, ce qui prouve qu'on ne peut attribuer les accidens à leur suppression, mais bien plutôt à la réaction qui a suivi la faiblesse.

Une bonne partie des réflexions annexées aux observations antécédentes pourrait être ici répétée. Je me contenterai de faire remarquer que l'enfant a fort bien vécu, et qu'il n'a point perdu son sang, malgré l'épuisement de la mère et le décollement partiel du placenta.

La chute du cordon ombilical est encore un fait assez remarquable; mais nous aurons occasion d'en parler longuement par la suite, dans un Mémoire particulier.

N° X.

Hémorrhagie cervico-placentale au septième mois; tamponnement; version.

Une femme âgée de vingt-sept ans, de constitution peu robuste, mais offrant plusieurs des caractères du tempérament sanguin, abondamment réglée chaque mois depuis l'âge de quinze ans,

était parvenue au milieu du septième mois de sa première grossesse lorsqu'elle commença à perdre du sang par la vulve. La perte cessa et reparut à plusieurs reprises jusqu'au terme de sept mois et demi ; mais alors elle devint si considérable qu'elle détermina la malade à se présenter à l'hospice (1er juin 1815). Nous la trouvâmes extrêmement faible ; la face était pâle et les traits altérés, le pouls petit et fréquent. Il existait en outre quelques douleurs lombaires. Cependant le col utérin n'était pas complètement effacé, et l'orifice, encore dur, n'avait que huit à dix lignes d'ouverture. Une masse spongieuse le recouvrait, et nous ne pouvions méconnaître le placenta, dont les circonstances antécédentes nous avaient déjà fait annoncer la situation défavorable. Le toucher accrut l'hémorrhagie, sans doute en dérangeant quelques caillots.

Le tamponnement était évidemment indiqué : un courant d'air froid, des linges imbibés d'eau froide n'avaient obtenu aucune diminution ; je procédai donc à l'obturation du vagin suivant la méthode ordinaire. L'eau de riz acidulée avec l'eau de Rabel fut donnée comme astringent pour seconder l'effet du tampon, et quelque peu d'éther fut destiné à réveiller les forces. Un bouillon fut aussi donné dans la même vue.

Les contractions utérines se développèrent avec une certaine vivacité ; j'espérai un instant qu'elles auraient produit une dilatation suffisante, et je fis

extraire le tampon. Les changemens étaient peu considérables; le sang coulait encore, et il fallut recommencer le tamponnement. Peu après, nouvelles douleurs, nouvelles espérances également déçues. Cependant je parvins à sentir une portion des membranes libres vers le bord du placenta; je la perforai, et je sentis la tête du fœtus dans la première position du vertex. Le procédé de Puzos n'eut pas cette fois tout le succès que j'avais droit d'en attendre; l'écoulement sanguin sembla s'accroître, et un troisième tamponnement devint indispensable. Un potage fut accordé à la malade afin de soutenir ses forces, et lorsque je jugeai que la dilatation pouvait avoir acquis une étendue suffisante, j'ôtai la charpie, puis portant la main gauche dans l'utérus, j'allai à la recherche des pieds: ils furent successivement amenés au dehors, et l'extraction fut achevée en un instant.

L'enfant, du sexe masculin et du poids de cinq livres, est né mort; le placenta sortit spontanément; mais les membranes, déchirées à son pourtour, étaient restées dans la matrice: il fallut les extraire.

Après la délivrance, de fréquentes horripilations et un frissonnement continu vinrent réclamer de nouveaux soins; il en fut de même de vives douleurs développées dans l'abdomen (tranchées): les premières cédèrent à l'application, sur toute la surface du corps, de linges fortement échauffés; les dernières furent dissipées par le moyen d'un cataplasme.

Pendant plusieurs jours, une légère sensibilité abdominale, mais surtout une fréquence extrême du pouls et une vive céphalalgie, tourmentèrent un peu la malade; mais le troisième jour, la sécrétion du lait s'annonça, et tous les accidens disparurent.

Nous retrouvons ici ce frisson spasmodique si fréquent après les hémorrhagies utérines, et même durant leur cours. Ce phénomène, assurément dû à la faiblesse, n'est pas toujours suivi d'une réaction inflammatoire, quoique ce soit le plus ordinaire quand il a eu beaucoup d'intensité. Nous avons vu qu'il devenait quelquefois immédiatement mortel; mais assez souvent il ne consiste que dans un léger tremblement, même *sans aucun sentiment de froid;* il n'est, dans ce cas, qu'une suite de la douleur, de l'effroi et d'un léger affaiblissement; il n'est nullement dangereux alors, et je l'ai fort souvent observé, sans aucune suite fâcheuse, immédiatement après les accouchemens les plus naturels. Je crois l'avoir remarqué plus souvent chez les femmes courageuses et patientes que chez celles qui jettent des cris et des plaintes. Peut-être, en effet, les premières sont-elles exposées à un collapsus plus profond, à raison de l'effort et de la contention morale qu'elles ont opposée à leurs souffrances.

N° XI.

Plusieurs exemples d'hémorrhagie cervico-placentale, du sixième au huitième mois de la grossesse ; rupture artificielle ou naturelle des membranes ; accouchement spontané.

1. M.-Ant. Chaud...., âgée de vingt-huit ans, et enceinte de son cinquième enfant, arriva le 29 pluviose an 12, à dix heures du matin. Ce matin même elle avait fait une chute, à la suite de laquelle se déclarèrent des douleurs dans les lombes et l'abdomen, et une légère perte de sang.

Quoiqu'elle ne fût enceinte que de sept mois, cependant les douleurs s'accrurent, et les membranes se rompirent une heure après son arrivée. La dilatation étant déjà assez avancée, nous reconnûmes que le placenta était tout voisin de l'orifice, et que les *pieds* du fœtus se présentaient dans la première position. Quelques tractions aidèrent à la sortie de l'enfant, qui donna quelques signes d'une vie qu'il fut impossible de ranimer : le placenta sortit avec facilité. Une fièvre angioténique assez forte a suivi l'accouchement, et a disparu, par le moyen du traitement anti-phlogistique, après une durée de deux septénaires environ.

2. Une autre femme âgée de trente-huit ans, sanguine, et réglée depuis l'âge de quinze ans, éprouva tout-à-coup, au septième mois de sa deuxième grossesse, une hémorrhagie qui s'arrêta sous l'emploi de

l'eau de riz. Un mois après (fin du huitième), rechute plus grave ; dans la journée le sang s'arrêta, et la malade se fit transporter à l'hospice le soir même : c'était le 9 novembre 1813. Elle était peu affaiblie ; mais, après notre examen, elle perdit de nouveau du sang en grande abondance. Peut-être quelques caillots furent-ils déplacés par cette opération.

Le col de la matrice était effacé, l'orifice mince, souple, mais encore peu ouvert. On sentait, du côté gauche, le bord du placenta ; nulle partie de l'enfant n'était accessible.

Je rompis les membranes ; la perte cessa, la dilatation de l'orifice s'opéra graduellement, et je reconnus que les *fesses* du fœtus se présentaient dans la première position. Deux heures de travail suffirent à l'expulsion d'un enfant mâle du poids de quatre livres, et complètement privé de vie. Le placenta fut extrait sans peine : les membranes étaient ouvertes sur son bord.

Nul accident ne survint pendant les jours suivans, et cette femme partit en santé parfaite le 14 novembre, cinquième jour de ses couches.

3. Un troisième sujet était âgé de vingt-un ans, faible de constitution, régulièrement menstrué depuis l'âge de quinze ans, et parvenu au sixième mois d'une première grossesse, lorsqu'il survint tout-à-coup une hémorrhagie utérine qui cessa spontanément après quelque durée.

Le 8 décembre 1815, cette femme, alors enceinte de sept mois et demi, recommença à perdre

un peu de sang, et se présenta à l'hospice. Le repos, la tisane de riz acidulée arrêtèrent l'écoulement; mais quatre à cinq jours après il reparut par suite de l'impatience de la malade, qui voulut absolument sortir du lit. Cette fois il fut si abondant qu'il fallut en venir à l'application du froid. L'hémorrhagie cessait par intervalles; mais la faiblesse était déjà très-notable lorsque les douleurs puerpérales se déclarèrent (26 décembre matin). L'orifice, souple et mince, commençait à s'ouvrir, et l'on sentait une portion du placenta vers le côté gauche de cette ouverture. Je perçai les membranes vers le centre de l'orifice : l'eau s'écoula; la tête du fœtus descendit, offrant le vertex dans la première position, et l'hémorrhagie s'arrêta. Des contractions énergiques ne tardèrent pas à procurer l'expulsion du fœtus : c'était un garçon *vivant*, et du poids de quatre livres et demie. Le délivre sortit promptement, et nous vîmes que les membranes étaient rompues vers son bord.

Cependant une nouvelle hémorrhagie suivit la délivrance. L'utérus était inerte, et en portant la main dans sa cavité, je trouvai, non-seulement des caillots, mais encore une petite portion du placenta dont j'achevai ainsi l'extraction. Il fut nécessaire d'injecter de l'eau froide dans l'utérus pour en obtenir le resserrement.

Des syncopes très-fréquentes nous inquiétèrent d'abord sur les suites de cet accouchement. Dans leurs intervalles la pâleur restait excessive, et la

malade se plaignait d'éblouissemens et de tintemens d'oreilles; la peau était sèche et le pouls presqu'insensible. Les errhins, l'éther, le vin, les bouillons, la chaleur, qu'on avait déjà administrés pendant le cours des premiers accidens, parvinrent enfin à dissiper cet état alarmant. Ce ne fut qu'après cinq heures de soins continus que nous commencâmes à espérer un rétablissement complet. Effectivement les suites de couches furent des plus simples.

On voit dans ces trois faits que la nature, seulement aidée des secours de l'art, peut encore beaucoup dans les cas défavorables; on y voit aussi combien est précieux l'excellent précepte donné par Puzos. Chez aucune de ces femmes on n'a vu survenir ces frissons funestes, ces spasmes dangereux qui, presque toujours, annoncent une fièvre violente, et souvent une inflammation mortelle.

Dans aucune de ces observations on n'a pu élever de doutes sur la cause de l'hémorrhagie. L'époque à laquelle ont paru les premiers accidens indiquait assez que le greffement anormal du placenta en devait être accusé. Il est rare en effet, quoique j'en aie eu récemment un exemple, de voir une hémorrhagie survenir au sixième ou au septième mois, sans que le placenta soit voisin de l'orifice, et sans que l'hémorrhagie renaisse au moment où le travail s'annonce. Dans le premier

exemple, une chute semble avoir été la cause déterminante du décollement; il a été spontanément produit dans les deux autres. Le dernier fait offre encore ceci de remarquable que l'inertie a suivi l'accouchement. Un accoucheur moderne a dit que la faiblesse que produit l'hémorrhagie contribuait à effectuer, ou du moins à aggraver cette inertie. Le fait est possible, peut-être même probable, sans être démontré: nous n'en avons ici qu'un exemple sur trois; mais on pourrait ajouter, en faveur de cette opinion, cette vérité incontestable, que la matrice se relâche constamment dans l'agonie et se trouve flasque, large, extensible après la mort, quand elle a suivi de près l'accouchement, bien que, dans les premiers instans qui ont succédé à la délivrance, elle se fût complètement resserrée sur son centre.

N° XII.

Hémorrhagie cervico-placentale au huitième mois; tamponnement; accouchement spontané; pleuro-péritonite mortelle.

J. Fourn...., femme forte et grande, âgée de trente-quatre ans, enceinte pour la deuxième fois, fut apportée à l'hospice le 27 octobre 1820. Son premier accouchement s'était opéré très-naturellement quatorze ans avant celui-ci, et elle se croyait au huitième mois de sa deuxième grossesse.

Une hémorrhagie effrayante avait engagé ses

parens à nous la confier : le tamponnement l'arrêta ; mais, comme cette femme supportait impatiemment la gêne qui en résultait, la charpie fut extraite le lendemain. Cependant il fallut la réintroduire une heure après, à cause du retour de la perte de sang.

Dans la nuit du 28 au 29, frisson violent, puis douleurs dans l'abdomen avec *sensibilité* à la pression; fièvre assez forte ; ces douleurs, assurément morbides, se mêlent aux douleurs de l'enfantement.

Dans la journée du 29, douleur à l'un des côtés du thorax (*vésicatoire*). Vers le soir, la douleur cesse, mais la dyspnée augmente : délire la nuit.

Le travail marche avec lenteur jusqu'au 30. L'extraction des bourdonnets n'a donné lieu qu'à l'expulsion d'un liquide sanguinolent et d'une odeur putride : enfin l'accouchement s'opère spontanément à dix heures du matin.

L'enfant était putréfié, et l'utérus restait distendu par des gaz fétides, dont la main, introduite dans le vagin, facilitait l'expulsion.

Après la délivrance, le sang a coulé encore pendant quelque temps, mais en petite quantité ; l'utérus restait mollasse ; la face était animée et les yeux saillans ; mais le reste du corps extrêmement pâle. La dyspnée n'avait point diminué, et l'abdomen était toujours sensible : l'affaiblissement ne cessa de faire des progrès jusqu'à la mort de J. Fourn...., qui eut lieu deux heures après son accouchement.

L'examen du cadavre fut fait le 31 octobre : comme dans les exemples qui précèdent, la putréfaction avait rempli tous les tissus de gaz putrides; la face était déjà verdâtre.

Dans les plèvres et le péricarde on trouva un peu de sérosité sanglante et trouble ; il en fut de même du péritoine. Les membranes étaient çà et là colorées en rouge par des capillaires injectés de sang.

Dans le col de l'utérus se voyaient les traces de l'insertion du placenta, prolongées en arrière et caractérisées par l'ecchymose des surfaces et le développement des sinus utérins : ceux-ci étaient remplis de matières gazeuses, leurs orifices libres et sans saillie, sans mamelons. Dans le reste de son étendue, l'utérus offrait à nu les faisceaux charnus qui le composent, et l'on distinguait parfaitement les deux muscles de Verheyen, dont les fibres sont concentriques aux orifices des trompes. Sous le péritoine, quelques granulations osseuses. L'épaisseur des parois était de quatre à cinq lignes.

On voit qu'ici l'inflammation du péritoine et des plèvres a précédé l'accouchement; la mort est survenue avant l'époque de suppuration ou d'épanchement; de là les faibles traces qu'a laissées cette maladie, qui a contribué, autant que l'épuisement dépendant de l'hémorrhagie, à abréger les jours de la malade.

Nous retrouverons encore l'occasion de faire les

remarques anatomiques qu'on trouve dans l'examen du cadavre : c'est dans ceux des femmes mortes immédiatement après l'accouchement qu'on peut mieux que jamais reconnaître la structure de l'utérus, et l'on ne serait point resté dans l'incertitude que professent beaucoup d'anatomistes si l'on n'avait pas cherché à reconnaître l'organisation de ce viscère lorsqu'il est condensé, atrophié pour ainsi dire, et dans un état comparable en quelque sorte à celui du thymus chez l'adulte.

N° XIII.

Spasme mortel, suite d'hémorrhagies par insertion anormale du placenta; version du fœtus.

J. Bor..., âgée de vingt-cinq ans, de forte constitution, était parvenue au neuvième mois de sa grossesse, lorsqu'elle arriva à l'hospice de la Maternité; elle croyait alors avoir encore une quinzaine de jours à parcourir avant d'arriver au terme naturel.

Depuis six semaines, cette femme perdait du sang en telle quantité qu'elle était presque mourante; une sage-femme et deux accoucheurs, successivement appelés, avaient refusé de lui donner des soins.

L'orifice utérin était assez ouvert pour recevoir la main; le placenta le couvrait en totalité. Je glissai la main droite en arrière et à gauche, endroit où le bord du placenta était fort voisin de l'orifice : je sentis *les pieds* flottans dans l'eau de

l'amnios, et sans chercher à me rendre compte de leur position, je les attirai au dehors en imprimant peu à peu au fœtus la direction qu'il aurait dans la première position des pieds. L'extraction fut facile, et la délivrance le fut plus encore. L'enfant, du sexe féminin, était mort, mais non putréfié, et *non privé de sang*.

Après l'accouchement, J. Bor.... ne perdit plus une goutte de sang: cependant elle s'affaiblit davantage; elle pâlit et se refroidit de plus en plus; un frisson spasmodique se déclara et résista à tous nos efforts; enfin la malade s'éteignit trois quarts d'heure après l'accouchement.

Le lendemain on procéda à *l'ouverture du cadavre*. Les plèvres et le péricarde contenaient un peu de sérosité colorée par du sang liquide; le cœur renfermait quelques onces de ce dernier fluide; il était noirâtre et sans consistance; on n'y trouva qu'un petit caillot de cruor. La rate était fort petite et d'un rouge vif; l'estomac pâle et contracté; l'utérus mou, flasque, extensible, offrait au pourtour de son col, et jusqu'au voisinage de l'orifice externe, mais surtout à droite et en arrière, des saillies mamelonnées dues à de petits caillots qui remplissaient les orifices des sinus utérins, sinus fort développés dans toutes les régions qui avaient évidemment été le siége de l'adhésion du placenta.

C'est vers le terme de sept mois qu'a paru d'a-

bord cette hémorrhagie : sans doute elle se fût montrée au sixième si le placenta eût été inséré centre pour centre sur l'orifice ; mais on a vu qu'il était incliné vers la paroi postérieure et droite.

Nous donnons ici un exemple de la conduite à suivre en pareil cas : décoller le moins possible du placenta, et se bien garder de le déchirer, de peur d'augmenter la perte de sang et d'en faire perdre aussi au fœtus ; extraire l'enfant le plus tôt possible et délivrer promptement la femme : tels sont les préceptes dont nous avons fait ici l'application.

La faiblesse due à ces pertes excessives a produit le même effet que la faiblesse amenée par d'autres causes dans les observations qui terminent ce recueil ; la liberté des veines abdominales a entraîné dans le système vasculaire une sorte de déplétion qui a suffi pour causer un spasme et des syncopes funestes, quoique l'hémorrhagie eût cessé.

Le cadavre a présenté plusieurs altérations que nous trouverons encore dans les numéros qui vont suivre, et ceci confirme les réflexions que j'ai données plus haut relativement à la transsudation.

Il est à remarquer encore que l'enfant n'était point du tout exsanguin ; ce qui est contradictoire à quelques observations citées par les partisans de la communication immédiate de la mère au fœtus. Rien n'est plus rare, *dans telle circonstance que ce soit*, que la syncope des nouveau-nés, qu'on attribue si généralement à la privation du sang maternel.

N° XIV.

Plusieurs cas d'hémorrhagie cervico-placentale du septième au neuvième mois; tamponnement; version.

I. Le 22 nivôse an 12, on apporta à l'hospice une femme enceinte de huit mois et demi, affectée depuis quelques jours d'une légère hémorrhagie utérine. Le repos la fit cesser; mais elle reparut avec plus de force trois jours après : le froid suffit cependant pour en obtenir la suspension. Deux jours après cette rechute, en survint une autre, et cette fois nous nous vîmes dans la nécessité de recourir au tamponnement. Cette opération accéléra et activa les douleurs, qui déjà avaient commencé à se faire sentir; le sang, d'abord arrêté, finit par traverser la charpie et s'écouler abondamment au dehors. La femme s'affaiblissait, et la dilatation me paraissant suffisante, je pratiquai la version du fœtus, et je l'amenai sans vie. La délivrance s'opéra spontanément; le placenta était, *presque partout*, recouvert *d'une croûte noirâtre.*

Du vin, des bouillons, etc., ranimèrent les forces de notre malade, qui, après quelques tranchées et un peu de fièvre, sortit bien portante le huitième jour de ses couches.

II. Une autre femme bien constituée, sanguine et âgée de vingt ans, fut surprise, au milieu du septième mois de sa première grossesse (14 janvier

1810, à huit heures du matin), par une hémorrhagie utérine qui dura neuf jours, offrant seulement quelques intervalles de relâche. Il y avait bien alors quelques douleurs, mais l'orifice n'était point ouvert ni ramolli. Le froid fut vainement appliqué; le tamponnement devint indispensable. La perte était suspendue; mais, dans les efforts violens suscités par des vomissemens répétés, le sang traversa les bourdonnets et coula abondamment hors de la vulve; il s'arrêta ensuite spontanément à l'aide des applications réfrigérantes, puis recommença à sortir de manière à jeter cette femme dans le dernier degré de faiblesse. Plusieurs syncopes eurent lieu avant que la dilatation fût suffisante pour nous permettre d'opérer. A cinq heures du soir seulement, nous pûmes recourir à la version du fœtus. Une de mes élèves les plus instruites (mademoiselle Legrand, aujourd'hui sage-femme en chef) en fut chargée. La main droite fut introduite, et justement le vertex s'offrait au détroit supérieur dans la seconde position. Il fallut décoller le placenta, qui couvrait tout l'orifice, et l'on amena, suivant les règles, un garçon du poids de quatre livres, faible et non viable. Beaucoup de sang fluide s'échappa en même temps que le fœtus. La délivrance fut simple et facile.

Dans les premiers jours qui suivirent l'accouchement, se développa une fièvre grave qui, après être passée à l'adynamie, enleva la malade au bout de quinze jours.

Examen anatomique.

Le cadavre a offert une quantité notable de sérosité assez claire dans les plèvres (surtout à droite), le péricarde et le péritoine. L'utérus était petit et entouré de matières puriformes; ses veines contenaient du pus. Au pourtour de l'orifice cervico-utérin on voyait des inégalités mamelonnées, traces de l'insertion du placenta. Les ovaires étaient plus gros que de coutume, et la symphyse pubienne fort mobile.

III. Voici un troisième fait dont je n'ai retrouvé qu'une relation fort succincte. Une femme de vingt-neuf ans reçut, à la fin du septième mois de sa première grossesse, un *coup de pied* dans les lombes. Dès ce moment l'enfant a cessé de se mouvoir, et à l'instant même les eaux se sont écoulées. Les douleurs puerpérales ne tardèrent pas à s'établir; en même temps s'annonça une hémorrhagie fort considérable. Le 17 juillet, à sept heures du matin, cette femme arriva à l'hospice. L'orifice était peu ouvert, mais mou et assez dilatable pour permettre l'introduction de la main; il était en partie couvert par une portion du placenta. La main droite fut introduite, et quoique le vertex s'avançât dans la première position, elle arriva sans peine jusqu'au pied gauche, qui suffit pour achever l'extraction du fœtus : c'était une fille du poids de quatre livres, altérée à tel point par la putréfaction que l'épiderme se détachait de toutes parts,

et que l'abdomen était rempli de sérosité sanguinolente. La délivrance fut naturelle, et l'hémorrhagie cessa aussitôt, ainsi que les accidens qu'elle avait causés d'abord.

Dans ces trois faits nous trouvons des preuves de l'insertion anormale du placenta et de son décollement. Chez la première de ces femmes, il semble même s'être décollé en totalité, puisque toute sa surface interne était *encroûtée* d'un caillot adhérent : aussi le fœtus était-il mort. Dans le second, les traces de l'insertion ont été reconnues sur le cadavre. On sait que ces traces persistent encore plusieurs mois après l'accouchement : nous en avons eu fréquemment la preuve à l'hospice. Remarquez que, dans ce cas, les orifices des sinus utérins étaient saillans et mamelonnés, et qu'ils ne l'étaient point dans le cadavre du n° 12 : c'est que, chez la première de ces femmes, il y a eu cette inflammation qui fait constamment passer les lochies à l'état puriforme ; quelques petits caillots avaient soulevé ces mêmes orifices chez la femme du n° 13 ; mais ce n'était pas comme ici des saillies charnues et fongueuses. Dans cette même observation, on voit que le placenta était greffé centre pour centre sur le col : aussi l'hémorrhagie eut-elle lieu d'assez bonne heure. Dans la troisième observation, une violence extérieure a été la cause occasionelle du développement du travail, et ce sont les contractions utérines qui ont

décollé le placenta. La fièvre grave qui s'est développée chez le sujet de la seconde observation tenait aux causes que nous avons déjà plusieurs fois mentionnées : peut-être le froid, plusieurs fois appliqué, et l'irritation résultant du tamponnement, y ont-ils aussi contribué : il est certain qu'elle a été compliquée d'une péritonite ou d'une métrite.

Il ne me reste plus qu'une remarque à faire sur cette observation, c'est que le sang fluide qui accompagna le fœtus au moment de son extraction n'était probablement autre chose que de l'eau de l'amnios colorée par les caillots amassés dans le vagin et le col de l'utérus ; dans d'autres circonstances, ce phénomène eût été pris peut-être pour le résultat d'une hémorrhagie interne.

Le dernier fait me fournit l'occasion de rappeler l'attention du lecteur sur cette *dilatabilité* de l'orifice resserré après la rupture des membranes, fait dont j'ai parlé dans le premier volume.

Je donne, comme un pur effet de putréfaction, la collection séreuse trouvée dans l'abdomen du fœtus; j'en ai également parlé dans le premier volume, et nous y reviendrons peut-être encore par la suite.

N° XV.

Hémorrhagie cervico-placentale mortelle ; tamponnement ; version brusquée.

A. Bret..., femme épileptique et sujette à quelques accès de démence, *avait été saignée cinq à*

six fois pendant sa grossesse pour des symptômes de pléthore très-prononcés.

Elle était enceinte pour la deuxième fois, et dans le commencement de son neuvième mois, lorsqu'elle arriva à l'hospice (8 août).

Le 10 août 1821, un caillot s'échappe du vagin, et l'on s'aperçoit que ce canal est rempli de sang coagulé. L'extraction des caillots fut suivie d'une hémorrhagie abondante due au décollement du placenta, dont un des bords couvrait en devant l'orifice. Le tamponnement fut pratiqué ; il détermina des contractions utérines qui ne furent un peu vives que le 12, et amenèrent alors seulement une dilatation suffisante pour permettre l'introduction de la main. Le sang ruisselait encore avec abondance ; je me hâtai donc d'introduire la main droite ; je reconnus, en passant, la deuxième position du vertex ; je saisis les pieds flottans dans l'eau de l'amnios, et les amenai doucement au dehors, tirant avec beaucoup de lenteur afin d'achever peu à peu la dilatation de l'orifice.

Les fesses étaient à la vulve lorsqu'il survint, après quelques mouvemens convulsifs, une syncope effrayante qui durà environ une minute ; les yeux étaient fixes et immobiles, les pupilles dilatées, les lèvres décolorées ; la face offrait l'expression de la mort ; le pouls était nul, et les membres immobiles et glacés. Nos soins rappelèrent cette femme à la vie, et je continuai d'extraire lentement le fœtus. L'orifice était fortement tendu, mais il resta

intact. L'enfant naquit un peu faible; mais il reprit bientôt toute sa vigueur: c'était une fille d'un médiocre volume; elle mourut le lendemain dans un état de pâleur remarquable. Les poumons étaient compactes et faciles à rompre dans leur partie postérieure.

La perte avait continué pendant l'opération; elle persista à sa suite. Le placenta adhérait à la paroi antérieure de l'utérus; il fut extrait avec peine, et il fallut introduire une seconde fois la main dans la matrice pour en tirer les membranes.

Ces précautions n'empêchèrent pas le sang de continuer à couler, quoique l'utérus fût contracté convenablement. Plusieurs lipothymies se succédèrent. *La matrice se relâchait par momens*; elle s'éleva beaucoup à cause de la réplétion du vagin par les caillots. La vulve était fermée par le rapprochement des cuisses; l'utérus ne contenait que peu de grumeaux, et ils y adhéraient assez fortement; *son col était largement ouvert et mollasse.* Nous prîmes le parti de laisser les caillots s'accumuler une deuxième fois dans le vagin en obturant la vulve, et nous soutînmes le fond de la matrice au moyen d'un bandage. Nous fîmes en même temps sur l'abdomen et les cuisses des lotions froides, pendant qu'on administrait un peu de vin et quelques astringens. (*Eau de Rabel.*)

Pendant plusieurs heures, agitation; *désir de se coucher sur le côté.* La malade appète le froid (1)

(1) Cette femme aimait naturellement le froid, et ne se

et les boissons acides ; elle est abattue, et se plaint surtout de douleurs lombaires ; la pâleur est excessive.

Quelques tranchées utérines sont survenues dans la soirée ; le pouls est resté très-fréquent.

13 août, pouls très-fréquent, céphalalgie violente, douleurs dans les jambes. (*Cataplasmes, vésicatoires derrière les oreilles.*) Soulagement suivi vers le soir d'un violent *frisson spasmodique* avec douleurs dans les mamelons. Un *bain de vapeurs* a été suivi de calme et d'assoupissement. (*Sinapismes aux pieds.*)

14, douleurs dans les jambes; *deux frissons.* (*Bain de vapeurs* suivi de sueur et de soulagement.)

15, plusieurs autres frissons semblables avec brisement universel.

Mort le 16, à quatre heures du matin.

La putréfaction du cadavre fut si prompte que, le 17, il était généralement emphysémateux ; il fut très-rapidement examiné ; le péritoine et les viscères abdominaux nous parurent dans l'état sain.

Cette observation nous fournit encore une preuve de l'inutilité des saignées comme préservatrices de

---

couchait jamais sans avoir mis ses pieds dans l'eau froide, ou même arrosé son lit de cette même eau. Le froid que nous avons appliqué a déterminé un frisson violent, mais dissipé sur-le-champ par le moyen d'un linge chaud dont on a enveloppé la malade.

l'hémorrhagie par insertion anormale du placenta.

Cet organe était inséré au voisinage de l'orifice, et à sa partie antérieure seulement, ce qui explique pourquoi l'hémorrhagie n'a paru que vers le huitième mois ; elle n'en a pas été moins abondante, parce que la femme était éminemment disposée aux *molimen*. Cette insertion était bien réelle, et on ne pouvait croire, avec les anciens, que le placenta, détaché du fond, s'était rapproché de l'ouverture de la matrice, les adhérences de cette masse persistant encore après l'accouchement.

Le tampon a évidemment ici déterminé le travail : on ne peut attribuer son développement à la mort du fœtus, puisque celui-ci est né vivant.

La syncope qui a eu lieu au milieu de l'opération doit être attribuée autant à la douleur qu'à l'hémorrhagie ; l'une et l'autre ont contribué à la produire.

Les membranes sont restées dans l'utérus, et cela doit arriver toutes les fois que l'on a pratiqué la *délivrance artificielle ;* car, en pénétrant dans l'utérus, la main entre dans les membranes et les déchire nécessairement en cherchant à détacher le placenta. (*Voyez* LEVRET, *Acc. lab.*, pag. 73, note.)

L'hémorrhagie provenant du col de la matrice a continué, *malgré la contraction du corps et du fond*, parce que le col était inerte. Les caillots qui

adhéraient à sa surface nous ont paru utiles, car ce sont eux qui, en remplissant les orifices des sinus utérins, contribuent, autant que la contraction de l'organe, à obstruer les sources de la ménorrhagie. Ces caillots ne pouvaient qu'être soutenus par ceux dont se remplissait le vagin, et le corps utérin contracté ne risquait plus de se distendre : donc nous avons pu employer sans crainte le procédé de Moschion, c'est-à-dire, *rapprocher les cuisses et fermer la vulve* : seulement il fallait prévenir une trop grande extension du vagin : c'est ce que nous obtenions en empêchant le soulèvement de la matrice. On sent aisément que cet amas de caillots a nécessité ensuite quelques contractions pour être expulsé : de là les tranchées utérines.

Les douleurs de reins, la fréquence du pouls, la céphalalgie sont des suites ordinaires de toute hémorrhagie copieuse. On notera parmi elles *la douleur des mamelons*, symptôme indiqué de toute antiquité, et les frissons spasmodiques, qui doivent être assimilés à ceux dont il a été question dans les observations qui précèdent, et qu'il faut regarder comme un effet de la faiblesse et de l'épuisement général.

La rapidité de la putréfaction n'a rien d'étonnant : comme dans les observations précédentes, elle doit être attribuée à la promptitude de la mort et à la célérité de l'épuisement.

N° XVI.

Hémorrhagie cervico-placentale au neuvième mois ; version ; guérison.

V. Jarl..., femme grande, maigre, mais bien portante, à part quelques céphalalgies auxquelles elle était sujette, âgée de quarante-trois ans et enceinte pour la troisième ou quatrième fois, était arrivée à son neuvième mois. Ses premiers enfans sont nés morts quoiqu'au terme ordinaire.

Cette femme arriva à l'hospice le 20 septembre 1819, perdant du sang depuis huit jours, malgré les lotions et même les injections d'eau glacée qu'on avait mises en usage. L'affaiblissement était excessif, les lipothymies presque continuelles; une pâleur effrayante, un froid général, un pouls fort souvent insensible, s'accordaient, avec l'abattement moral et le désespoir de la malade, pour faire porter le plus triste pronostic.

Pendant qu'on s'empressait de la déshabiller pour la porter au lit, beaucoup de sang s'écoula encore; mais l'écoulement diminua aussitôt après, quoique les accidens continuassent avec la même intensité. Le placenta, poussé fortement pendant les douleurs, s'avançait dans le vagin : ces douleurs étaient fortes et fréquentes. Je glissai la main derrière cette masse, et trouvant l'orifice dilaté, je pénétrai dans l'utérus, et parvins à saisir les pieds en suivant le côté de l'enfant : celui-ci présentait la tête

à-peu-près dans la première position. La version et l'extraction furent opérées en un instant, et le placenta sortit après l'enfant, qui ne donna pas le moindre signe de vie. Le cordon était mollasse, verdâtre, flétri ; les vaisseaux et le cœur contenaient *beaucoup de sang*.

Aussitôt après l'accouchement, la perte cessa complètement; la matrice ne tarda pas à se contracter avec force, et cet état se soutint sans interruption. D'abord soulagée, V. Jarl... ressentit bientôt un *frissonnement spasmodique*, un malaise extrême avec des nausées et une soif très-vive. Pendant quatre heures, malgré le vin, l'éther, etc., malgré l'application continuelle de linges brûlans, malgré l'emploi du vinaigre et de l'alcali volatil, cette femme resta dans un état à faire craindre à tout moment de la voir expirer. Pâleur mortelle, froid intérieur et malaise indéfinissable, plaintes entre-coupées, soif très-vive, *désir de se coucher sur le côté*, pouls souvent insensible.

Enfin nos soins furent couronnés du plus heureux succès ; le repos et les stimulans ramenèrent le calme.

Une céphalalgie violente et une constipation opiniâtre parurent dans les jours suivans ; les *lavemens, les vésicatoires* derrière les oreilles dissipèrent ces accidens; l'appétit se rétablit, la gaîté revint; et, le 10 octobre, la convalescence était à-peu-près terminée.

On a reconnu, dans cette relation, les mêmes symptômes de spasme que dans les observations détaillées précédemment ; mais ici sans doute la constitution robuste et sèche du sujet a offert plus de ressources : peut-être, d'un autre côté, cette femme était-elle moins disposée que bien d'autres à l'inflammation. Les migraines auxquelles elle était sujette, et le soulagement produit par les vésicatoires, prouvent que la céphalalgie dont elle a été prise était plus nerveuse que pléthorique ou inflammatoire.

J'appellerai encore une fois l'attention du lecteur sur les effets funestes de ces sortes d'hémorrhagies relativement au fœtus, et je ferai observer qu'il était plein de sang, et qu'il n'est par conséquent point mort d'hémorrhagie. Ce fait, et ceux tous semblables dont il a déjà été question, prouvent contre l'existence d'une *anastomose* entre les vaisseaux de la mère et de l'enfant, et je n'hésite point à prononcer que, dans de telles circonstances, *le fœtus meurt véritablement asphyxié*, parce qu'il ne peut plus renouveler, *revivifier*, oxygéner son sang (en le baignant médiatement dans celui de la mère), à raison de l'altération des rapports normaux du placenta et de l'utérus.

N° XVII.

Hémorrhagie cervico-placentale mortelle au neuvième mois; rupture des membranes; accouchement spontané.

La femme qui fait le sujet de cette observation était âgée de quarante-un ans, faible, lymphatique, et enceinte pour la première fois. Elle fut reçue à l'hospice, au terme de huit mois et demi, le 1er avril, et, le soir de ce même jour, elle perdit un peu de sang qui s'arrêta spontanément, reparut encore le lendemain, coula un peu plus abondamment, et s'arrêta ensuite sans soins particuliers.

Le 3 avril, *frisson* d'une demi-heure, suivi d'un vomissement de matière bilieuse et du développement des douleurs puerpérales. Ces douleurs étaient faibles et peu rapprochées. Dans la nuit on pratiqua le toucher, et l'on sentit l'orifice fort en arrière et ouvert de trois à quatre lignes; mais il avait beaucoup d'épaisseur, ou plutôt le col de la matrice n'était pas tout-à-fait effacé.

Le 4, à trois heures du matin, un caillot du volume d'un œuf s'échappa de la vulve, et du sang liquide s'en écoula également: l'orifice était plus voisin du centre, et il avait six à huit lignes de diamètre; un des bords du placenta le couvrait en partie; mais on sentait aussi une portion des membranes un peu plus épaisses et plus fongueuses que de coutume, vu le voisinage du placenta.

Un courant d'air frais établi autour de la malade, des linges froids et mouillés appliqués sur les cuisses, les lombes et l'abdomen, n'arrêtèrent point l'hémorrhagie. J'eus alors recours au procédé de Puzos et je rompis les membranes. L'hémorrhagie fut sur-le-champ suspendue, et l'on put sentir la tête du fœtus et reconnaître la première position du vertex. Un peu de vin et d'éther rappela les forces de la malade menacée de lipothymie, et ranima la vivacité du pouls et la coloration de la face.

Les vomissemens, qui s'étaient montrés plusieurs fois avant la rupture des membranes, parurent quelquefois encore après cette opération; mais les douleurs prirent plus d'énergie. A onze heures la dilatation était complète, et la tête remplissait l'excavation pelvienne; à deux heures après midi l'enfant fut expulsé, et la délivrance ne se fit pas long-temps attendre. Le travail avait duré vingt heures. L'enfant est né dans un état d'asphyxie que nos soins n'ont pu dissiper; il était du poids de six livres.

Le placenta était *en partie* couvert, sur sa face utérine, par un *caillot* dense et solide; les membranes étaient rompues vers son bord.

La femme ne se plaignait d'abord que d'un affaiblissement médiocre; mais, cinq heures après l'accouchement, la respiration s'embarrassa, la face pâlit singulièrement, et le pouls devint extrêmement faible. (*Vésic.* sur le sternum.) Insomnie, soif,

état fébrile. A trois heures du matin (5 avril), une vive douleur se manifeste dans l'abdomen; elle est suivie d'une déjection involontaire et d'une syncope mortelle.

L'hémorrhagie ne s'est montrée ici que lors du commencement du travail, parce que le placenta était greffé *au voisinage* de l'orifice, ainsi que le toucher nous l'apprit et que le démontra l'inspection du délivre et des membranes. En effet, selon la remarque de Baudelocque, on peut, d'après la situation de l'ouverture du chorion et de l'amnios, déterminer à-peu-près à quelle distance de l'orifice était inséré le placenta; car il est rare que ces membranes se rompent ailleurs que vis-à-vis l'ouverture utéro-vaginale.

Le frisson qui précéda le travail doit être assimilé au spasme que nous avons décrit dans les observations précédentes, et peut-être aussi au frisson fébrile; le vomissement était purement spasmodique, comme aussi la douleur abdominale qui a précédé la mort : il n'y avait là rien d'inflammatoire.

Malgré sa conclusion fâcheuse, cette observation prouve l'utilité du judicieux précepte de Puzos. La tête du fœtus a bouché l'orifice et les sinus béans en même temps que la matrice s'est contractée, a rétréci ces mêmes sinus, et que les douleurs sont devenues plus fortes et plus efficaces.

L'enfant n'était pas plus privé de sang que dans

les faits déjà rapportés, et il semble qu'on ne peut guère attribuer sa mort qu'à la lenteur du travail, à l'embarras prolongé de la circulation placentale, et au défaut de renouvellement et d'oxygénation du sang contenu dans ses vaisseaux.

N° XVIII.

Hémorrhagie cervico-placentale; tamponnement; version; pleuropneumonie mortelle.

Une femme de trente-un ans, nommée Bou....., faible de constitution, quoique bien portante habituellement, se présenta à l'hospice de la Maternité le 8 septembre 1818, enceinte pour la deuxième fois. La première grossesse s'est terminée à la fin du sixième mois sans cause extraordinaire et sans accident grave. La deuxième marcha régulièrement jusqu'au commencement du huitième mois; mais à cette époque une hémorrhagie utérine, assez considérable pour affaiblir sensiblement cette femme, la détermina à entrer à l'hospice.

Le toucher nous apprit que l'orifice utérin était béant, quoique le col eût encore quelque longueur, et l'on put sentir le placenta greffé sur l'orifice interne; une surface fongueuse, irrégulière, mollasse, mais assez résistante pour décéler une grande épaisseur: tels étaient les signes caractéristiques de cette disposition.

L'hémorrhagie diminua, et pendant quelques jours l'écoulement se réduisit à fort peu de chose;

mais une semaine s'était à peine écoulée dans cet état satisfaisant, que l'hémorrhagie reparut, quoique l'orifice ne fût pas plus ouvert que lors de notre première exploration. En conséquence nous eûmes recours au tamponnement pratiqué selon notre méthode ordinaire, c'est-à-dire, à l'introduction d'une quantité suffisante de bourdonnets de charpie pour remplir la totalité du vagin. L'effusion du sang fut ainsi complètement arrêtée, et bientôt les douleurs de l'enfantement se développèrent.

Vingt-quatre heures après le tamponnement, je fis l'extraction des bourdonnets; mais trouvant l'orifice suffisamment dilaté, et voyant que le sang recommençait à couler en abondance, je résolus de mettre un terme à cet accident fâcheux en faisant opérer sur-le-champ la version du fœtus. Il présentait le vertex dans la deuxième position; la main droite fut donc préférée, et une élève ancienne (mademoiselle Hardy) fut chargée d'aller à la recherche des pieds. Le pied gauche fut d'abord amené, le droit vint ensuite, et le reste de l'opération fut exécuté d'après les règles, et comme si les pieds se fussent présentés en première position (B).

L'enfant était faible et petit: cependant il a vécu.

Pendant l'opération le sang n'avait pas cessé de couler; il s'en perdit encore après la délivrance, qui fut, du reste, très-naturelle. Quelques lipothy-

mies la suivirent; mais elles cédèrent promptement à l'usage des errhins et des stimulans. Moyennant ces soins, le premier jour se passa fort tranquillement.

Le deuxième jour, violente céphalalgie que ni les sangsues aux tempes, ni les vésicatoires derrière les oreilles, ne purent alléger. Cette céphalalgie augmenta le troisième jour et fut accompagnée de fièvre et de douleurs abdominales. L'huile de ricin dissipa la constipation et les coliques.

Le quatrième jour, la céphalalgie persiste, la fièvre est intense, et il s'y joint un délire très-agité. (*Glace* sur la tête, *vésicatoires* aux cuisses; vingt-deux *sangsues* au cou.) Soulagement médiocre. Même état jusqu'au huitième jour: alors accroissement des symptômes. (*Sinapismes* aux genoux.) Point d'allégement.

Le neuvième, douleur vive au côté gauche, dyspnée, fièvre plus violente. (*Ventouses* scarifiées sur le thorax.) Diminution légère des accidens.

Le dixième et onzième, des *sangsues* appliquées sur la poitrine ont amoindri la douleur et la gêne des mouvemens inspiratoires.

Bientôt, outre ces symptômes, on observa une diarrhée opiniâtre, un affaiblissement extrême avec amaigrissement et altération des traits. En vain mit-on en usage de nouvelles applications de sangsues au lieu malade et à l'anus; un vésicatoire sur le côté, des lavemens chargés de thériaque et de diascordium et des boissons astringentes et mu-

cilagineuses ne produisirent pas plus d'effet, et la malade expira, presque sans agonie et en pleine connaissance, le 9 octobre, dix-neuvième jour de ses couches.

Examen du cadavre.

On trouva dans la plèvre gauche un demi-verre de matière purulente mêlée de sang et de sérosité. Le lobe inférieur du poumon de ce côté était complètement hépatisé. Rien de remarquable dans le crâne ; un peu de sérosité limpide dans l'abdomen. L'utérus n'offrait aucune trace d'inflammation; il avait quatre pouces d'étendue dans son plus grand diamètre, et offrait une consistance médiocre et fort peu d'épaisseur.

Le placenta n'était sans doute point ici greffé par son milieu sur l'orifice, mais seulement il le couvrait d'une partie voisine de sa circonférence. On ne peut expliquer autrement l'apparition tardive de la première hémorrhagie.

Il est vrai que le développement du col, cause efficiente du décollement dans ces cas anormaux, ne s'opère point constamment, chez toutes les femmes, à la même époque : peut-être faut-il étendre les variations qui se remarquent relativement à la production de ce phénomène depuis le milieu du sixième mois jusqu'au commencement du huitième. Ainsi on pourrait, à la rigueur, regarder le sujet de notre observation comme un exemple

de l'extension la plus tardive du col de la matrice.

L'hémorrhagie s'est renouvelée au moment où s'est annoncé le travail, parce que le décollement s'est nécessairement accru sous l'influence des premières contractions, et que d'ailleurs la circulation a pris, en ce moment, une activité nouvelle, surtout dans l'utérus et ses dépendances.

Je ne reviens point sur ce que j'ai dit ailleurs de la fièvre et de l'état inflammatoire qui a suivi l'affaiblissement du sujet. On n'y peut voir autre chose que les effets d'une réaction d'autant plus violente que le collapsus avait été plus considérable.

N° XIX.

Hémorrhagie par décollement du placenta; tamponnement; version.

Il s'agit ici d'une femme âgée de quarante ans, sanguine, robuste, et enceinte de son troisième enfant. La grossesse avait été troublée par diverses incommodités, et, vers le milieu du neuvième mois, il survint tout-à-coup une perte de sang extrêmement abondante. Nous apprîmes de la malade qu'on l'avait d'abord opposé à cette hémorrhagie que l'application du froid. Bientôt le travail s'était établi, l'hémorrhagie avait redoublé, et la faiblesse était devenue si inquiétante que les gens de l'art, appelés pour y remédier, refusèrent de se charger de ce soin, et conseillèrent aux parens d'amener

au plus tôt la malade à l'hospice de la Maternité : elle y arriva le 20 septembre 1819, à trois heures du matin, dans le dernier état d'épuisement : la perte durait alors depuis huit jours.

Le sang coulait encore, et l'orifice utérin était trop peu ouvert pour permettre de recourir à la version du fœtus; en conséquence je tamponnai le vagin. Cette opération contribua sans doute à réveiller les douleurs : elles prirent une telle énergie qu'une heure après il fut possible d'aller à la recherche des pieds et d'amener un enfant du poids de six livres, qui malheureusement ne donna aucun signe de vie. Le placenta sortit au même instant.

Plusieurs syncopes et un violent frisson spasmodique suivirent la délivrance; mais les fortifians, les stimulans y remédièrent sans peine. Une violente céphalalgie persista seule pendant plusieurs jours; elle céda néanmoins à l'application des vésicatoires derrière les oreilles. Un mois plus tard cette femme sortit en pleine santé.

Sans doute le placenta n'était greffé qu'au voisinage de l'orifice, circonstance dont il n'est pas fait mention dans cette relation imparfaite. Le décollement a augmenté dès les premières douleurs, et à tel point que toute adhérence s'est trouvée détruite au moment où l'on a opéré l'accouchement. Telle a été évidemment la cause de la mort du fœtus. Il est fâcheux qu'on ait oublié de noter s'il

était pléthorique, comme on le voit si souvent en pareil cas, ou exsanguin.

La céphalalgie était évidemment nerveuse, asthénique et du genre des douleurs hémicrâniennes: aussi a-t elle cédé à l'excitation déterminée par les vésicatoires.

N° XX.

Hémorrhagie cervico-placentale au huitième mois; forceps.

Julie Charles, jeune femme d'un tempérament lymphatique, mais habituellement bien portante, éprouva, à la fin du huitième mois de sa première grossesse, une légère perte de sang qui l'engagea à se présenter à l'hospice, et que le repos fit disparaître, ainsi que les douleurs qui l'accompagnaient. Quinze jours après, le 11 ventôse, de nouvelles douleurs amenèrent le travail puerpéral, et un peu de sang parut. Les douleurs étaient faibles, et quand elles eurent suffisamment ouvert l'orifice, je reconnus la quatrième position du vertex (B.), position défavorable en ce que la face regarde le devant du bassin. La perte augmenta, et à chaque contraction, de nombreux caillots sortaient du vagin; dans leurs intervalles, du sang liquide continuait de s'écouler. Des linges froids et humides, des frictions sur l'abdomen n'empêchèrent pas l'accroissement de l'hémorrhagie et n'activèrent point l'utérus; la malade était faible et

pâle, le pouls très-petit et sans force. Ajoutez à ces circonstances défavorables l'étroitesse des parties génitales, et vous aurez l'ensemble des élémens du plus alarmant pronostic. La rupture des membranes n'avait rien changé aux accidens: seulement elle avait permis à la tête de descendre, et même de franchir en partie l'orifice. Je résolus de profiter de ces dispositions et de terminer l'accouchement par l'application du forceps ; en conséquence, j'introduisis la branche droite vers l'échancrure sciatique gauche, et la branche gauche derrière le trou ovalaire du côté droit, de manière à saisir la tête par les deux pariétaux. Une torsion légère, exécutée en même temps que des tractions en avant, permit à l'occiput de se porter dans la courbure du sacrum, et de parcourir la surface du coccyx et du périnée pour se dégager le premier au dehors ; la face sortit ensuite de dessous les pubis, et le reste du corps s'échappa facilement ensuite. L'enfant, d'abord faible, fut aisément ranimé.

Pendant ce temps, la mère avait perdu connaissance ; une aspersion d'eau froide, l'inspiration de la vapeur du vinaigre et des frictions sur l'utérus rappelèrent la vie, et en même temps excitèrent des contractions qui permirent d'extraire aussitôt le placenta, lequel parut décollé d'avance. En l'examinant, nous reconnûmes que la moitié de sa surface utérine était *enduite d'un caillot noir* et fort adhérent: sans doute cette portion était voisine de l'orifice utérin.

Le sang dès-lors ne coula plus ; du vin et des bouillons relevèrent les forces. Des tranchées, dues à quelques caillots, de la fièvre, suite nécessaire d'une faiblesse aussi extrême, une céphalalgie ordinaire en pareil cas et fort analogue à la migraine, tels furent les seuls symptômes qui compliquèrent l'état de couches, et qui ne tardèrent pas à se dissiper complètement.

Ce qui confirme l'idée que nous avons eue de l'insertion du placenta, c'est l'apparition de l'hémorrhagie au huitième mois de la grossesse : greffé sur l'orifice même, il eût causé une perte au sixième ou au septième mois ; plus éloigné de cet orifice, il n'eût donné lieu à l'écoulement du sang qu'après les premières douleurs du travail, et peut-être seulement après la rupture des membranes et dans quelque moment d'inertie.

On retrouve ici un symptôme judicieusement donné par quelques modernes comme caractérisant le décollement du placenta : c'est l'accroissement de la perte dans le moment de la douleur. Il faut remarquer pourtant qu'il en serait de même de toute hémorrhagie qui accumulerait des caillots dans le vagin : la remarque n'est donc vraie qu'autant que le vagin est libre. On conçoit en effet que les contractions utérines augmentent le décollement du placenta, tandis qu'elles froncent les vaisseaux exhalans.

N° XXI.

Deux exemples d'hémorrhagie pendant le travail; rupture des membranes; accouchement spontané et version du fœtus.

Partis des premiers mois de la grossesse, nous nous sommes successivement avancés de l'avortement à l'hémorrhagie des trois derniers mois; il nous reste encore à parler de cet accident survenu, 1°. pendant le travail au terme naturel; 2°. après l'accouchement. Les exemples en seront un peu moins nombreux; mais ils suffiront pour remplir notre but constant de joindre la pratique à la théorie. Commençons par l'hémorrhagie qui complique le travail.

I. Le 30 germinal an 12, arriva à l'hospice une femme nommée Marie An...., âgée de trente-cinq ans, d'une bonne constitution, enceinte pour la sixième fois et à terme. Le lendemain, frisson suivi de fièvre; vers le soir, nous trouvâmes l'orifice offrant douze lignes de diamètre, assez mince, mais fort inégal à sa circonférence. Les douleurs étaient faibles. Cet état dura jusqu'au lendemain : vers trois heures après midi, les douleurs s'accrurent et la dilatation fit des progrès; mais en même temps il se déclara une hémorrhagie considérable. Je me hâtai de rompre les membranes, et ce procédé eut tout le succès possible; car la perte fut suspendue. La tête du fœtus franchit bientôt l'orifice, et trois contractions utérines suffirent à

l'expulsion d'un enfant faible et pâle, mais qui fut aisément ranimé.

Le placenta suivit de près. Le tiers de sa surface externe était couvert *d'une couche de caillots* noirs et adhérens.

Les jours suivans offrirent le développement d'une fièvre angioténique qui n'empêcha point la sécrétion du lait et ne troubla nullement l'écoulement des lochies. Le 12 floréal, cette femme était en santé parfaite.

II. Un second exemple a été fourni par une femme de trente-deux ans, bien constituée et d'un tempérament sanguin. Elle était réglée sans périodicité depuis l'âge de quinze ans. Parvenue au terme naturel de sa première grossesse, elle ressentit les premières douleurs puerpérales le 3 novembre, à quatre heures du matin. Leur développement fut accompagné d'une perte sanguine; presqu'en même temps, les membranes s'ouvrirent, et l'on vit s'échapper des eaux verdâtres et mêlées de sang. Une anse du cordon ombilical glissa sous la tête du fœtus, encore élevée au détroit supérieur; ce cordon était flétri, verdâtre, et la femme ne sentait plus les mouvemens de son enfant, toutes circonstances qui prouvaient qu'il avait cessé de vivre. L'orifice était à peine ouvert; mais il se dilata graduellement; graduellement aussi le placenta continuait de se décoller à tel point que son bord libre était facilement senti sur l'orifice : le sang continuait donc de cou-

ler. Le travail marchait avec lenteur, et je voulus mettre un terme à cet état fâcheux en faisant opérer la version du fœtus. En conséquence, une élève ancienne, (mademoiselle Chanard), après s'être assurée que la tête se présentait dans la première position, porta la main gauche dans l'utérus. La jambe gauche fut bientôt extraite, et il ne fut pas nécessaire d'aller à la recherche de l'autre; car le fœtus descendit avec beaucoup de facilité : il était mort depuis quelque temps, et il serait difficile d'en déterminer la cause. Le placenta sortit spontanément; *les membranes étaient ouvertes sur son bord.* Quelques tranchées, suivies de l'expulsion de plusieurs caillots, furent les seuls symptômes qui vinrent compliquer l'état de couches.

L'insertion du placenta au voisinage de l'orifice a été, dans l'un et l'autre cas, trop évidente pour que j'insiste sur cette particularité; mais on remarquera les heureuses suites de ces deux événemens : et en effet, l'hémorrhagie qui paraît pendant le travail est toujours, avons-nous dit ailleurs, bien moins grave que celle qui se montre pendant les derniers mois de la grossesse. Le frisson qui a précédé le travail chez la première de ces deux femmes a peut-être décidé une réaction, un *molimen* capable d'accroître ou de déterminer l'hémorrhagie. Les inégalités que présentait l'orifice, chez le même sujet, étaient évidemment le résultat des accouchemens précédens.

N° XXII.

Deux cas d'hémorrhagie pendant le travail ; présentation de l'épaule ; version.

I. La nommée Nicolas, âgée de trente-cinq ans, faible de constitution et d'un tempérament bilieux, habituellement bien portante et régulièrement menstruée depuis l'âge de dix-sept à dix-huit ans, était parvenue au terme de sa quatrième gestation lorsqu'elle arriva à la salle des accouchemens, le 18 septembre 1818, à huit heures du matin. Les douleurs commençaient à la tourmenter ; l'orifice était épais mais souple et ouvert de quinze à dix-huit lignes ; les membranes, tendues, empêchaient de reconnaître la partie présentée par le fœtus. A dix heures, ces membranes s'ouvrirent, et je pus alors m'assurer que l'épaule droite se présentait dans la quatrième position (2e *de ma classific.*). Après cet examen, je m'aperçus que le sang s'écoulait en grande abondance : l'utérus avait cessé de se contracter, et comme le placenta, quoiqu'éloigné de l'orifice, s'était décollé, les sinus utérins se trouvaient largement ouverts. La dilatation était encore trop peu considérable, et je fus forcée de tamponner le vagin. A onze heures, l'orifice étant suffisamment ouvert, je chargeai une élève d'introduire la main droite, et d'aller chercher les pieds du fœtus : ils furent successivement amenés à la vulve, et je re-

commandai d'exécuter le pelotonnement et l'extraction avec lenteur, afin de donner à la matrice le temps de se contracter par degrés. Moyennant ces précautions, nous amenâmes au jour un enfant mâle du poids de six livres et très-bien portant. La délivrance et les suites de couches n'eurent rien que de très-naturel.

II. Une deuxième femme, âgée de trente-quatre ans, paraissait être d'un tempérament sanguin; elle était réglée depuis l'âge de dix-sept ans, et touchait à la fin du neuvième mois de sa première grossesse. Le 6 octobre, à onze heures du matin, quelques douleurs s'annoncent, et en même temps se déclare une abondante hémorrhagie. Sur-le-champ cette femme se fit transporter à l'hospice. Nous trouvâmes le vagin rempli de caillots, l'orifice mince et ouvert de cinq à six lignes; mais la partie présentée par le fœtus était inaccessible. Quoique le sang continuât de couler, la face était colorée, le pouls fort, et les forces nullement altérées. Dans la soirée, les douleurs prirent plus d'intensité, et à minuit, des eaux verdâtres s'écoulèrent en se mêlant au sang qui sortait continuellement du vagin. La femme s'affaiblissait; je la touchai de nouveau, et je sentis une partie anguleuse dont je facilitai le dégagement, et que je reconnus alors être la main gauche précédant l'épaule en quatrième position (2°). Une élève (mademoiselle Lescœure) fut appelée par le sort, et comme l'orifice était convenablement dilaté, elle insinua la main gauche dans

l'utérus, et saisit les pieds, qu'elle amena, ainsi que le tronc et la tête du fœtus, suivant les règles ordinaires. Chemin faisant, elle s'assura que le placenta était inséré au voisinage du col de l'utérus, ce qui explique l'apparition et la continuation de l'hémorrhagie dans les progrès du travail. L'enfant était un garçon du poids de sept livres; il était faible, et le cordon était flétri et verdâtre. Cependant on parvint à le ranimer après trois heures de soins assidus; trois heures plus tard, il survint des convulsions que dissipèrent deux sangsues appliquées au cou et des lavemens; on y joignit l'usage de quelques cuillerées d'une potion éthérée, mais sans sirop diacode. Un coryza qui survint le lendemain ne l'empêcha pas de se rétablir complètement.

La mère fut délivrée peu après l'accouchement, et, pour cela, on introduisit la main dans le vagin; car le cordon était trop faible pour qu'on pût exercer sur lui la moindre traction. Les membranes étaient rompues vers le bord de l'arrière-faix, dont la figure était piriforme.

Après cette opération, l'utérus se resserra, et le sang ne coula plus que comme dans les cas les plus favorables : cependant il survint une syncope, et je fus forcée d'extraire quelques caillots restés dans le vagin. Un peu de faiblesse et de pâleur, et une céphalalgie assez vive durèrent encore pendant les premiers jours, mais se dissipèrent dès que la sécrétion du lait se fut bien établie, c'est-à-dire, le troisième jour des couches.

La première de ces deux observations nous offre un cas assez rare d'hémorrhagie par décollement du placenta, quoique son insertion fût assez éloignée du col de la matrice : cas rare pendant le travail, mais infiniment plus rare encore pendant la grossesse et avant les premières contractions utérines. Ce que j'ai dit de l'ouverture des sinus pendant l'inertie, et de leur constriction, de leur obturation lors de la contraction de la matrice est généralement connu. Je me rappelle en avoir eu la démonstration la plus évidente dans plusieurs cas d'opération césarienne pratiquée sur le vivant ou même sur des femmes récemment mortes. Au moment de la section de l'organe, et quand il était encore distendu par le produit de la conception, le sang jaillissait avec force par les veines utérines coupées en travers; il s'arrêtait complètement, à l'exception d'un suintement à peine sensible, dès que la matrice, débarrassée de son contenu, était resserrée et réduite à un petit volume.

Le tamponnement fut pratiqué sans crainte, quoique le sang pût aisément se répandre dans la matrice : ce sang ne s'échappe pas avec assez de force pour développer l'utérus *au-delà de certaines bornes;* et, par conséquent, il ne peut guère distendre cet organe quand il est déjà maintenu à ce point de distension par la présence d'un fœtus qui en remplit la cavité.

Dans le second cas, on voit un enfant naître vivant quoique les eaux fussent mêlées de méco-

nium, et en effet ce symptôme indique aussi bien la faiblesse que la mort du fœtus. Le cordon était flétri, et cela s'observe quelquefois, quoique rarement, chez des enfans bien portans : il n'en faudrait donc pas conclure que le fœtus est mort, si le cordon venait à descendre dans le vagin avant la naissance.

Les convulsions dont cet enfant fut attaqué, et que des sangsues dissipèrent, prouvent assez que l'hémorrhagie de la mère avait peu influé sur la quantité du sang contenu dans le fœtus; mais plutôt sur la qualité de ce sang. L'enfant était asphyxié par défaut d'oxygénation et de dépuration de son sang : il y avait même plutôt un état pléthorique qu'un état *d'anœmie.*

N° XXIII.

Hémorrhagie après un accouchement double; récidive mortelle au huitième jour des couches.

La nommée Emp..., femme faible et lymphatique, enceinte pour la première fois et à terme, arriva à la salle des accouchemens le 22 janvier 1817, à huit heures du soir, éprouvant les premières douleurs de l'enfantement.

Ces douleurs furent très-faibles jusqu'au lendemain, et la partie présentée par le fœtus étant fort élevée dans le bassin, quoique la dilatation fût complète, je me décidai à ouvrir les membranes,

à trois heures après midi : je reconnus alors la présence des fesses dans la première position. Le travail marcha assez rapidement, et à cinq heures, l'accouchement était terminé. On s'aperçut alors qu'un second enfant s'avançait, présentant la tête dans la première position : il fut bientôt expulsé, et un placenta bilobé le suivit de près.

Immédiatement après cette opération naturelle survint une hémorrhagie assez considérable pour occasioner, pendant cinq heures de suite, de fréquentes syncopes, quoique le sang se fût arrêté, et que l'inertie utérine se fût dissipée par l'emploi des injections d'eau froide.

Les premiers jours des couches se passèrent fort bien; mais le huitième jour, la malade se leva, et un peu de sang reparut ; il continua de couler, quoique la femme fût remise au lit; deux caillots fétides furent aussi évacués.

Les linges froids et humides et les injections d'eau froide arrêtèrent encore cette hémorrhagie ; mais un frisson spasmodique lui succéda, et, après une demi-heure, se termina par un vomissement muqueux. La chaleur, excitée autour de la malade, en abrégea sans doute la durée. Cependant un violent accès de fièvre, avec congestion vers la tête, n'en fut pas moins la suite. La femme était sans connaissance et couverte d'une sueur visqueuse. A cette vive réaction, dont nous avons déjà eu tant d'exemples, succéda un nouveau collapsus ; la respiration devint stertoreuse, la peau

froide, le pouls filiforme, et la malade expira le 31 janvier, à trois heures du matin.

Voici un cas où la distension, et par suite la torpeur de l'utérus, doivent être rapportées à l'existence de deux enfans dans sa cavité. Une autre remarque intéressante que nous peut fournir cette observation, c'est le retour de l'hémorrhagie à une époque si tardive, sans qu'on puisse l'attribuer à une autre cause qu'à la présence de deux caillots peu volumineux, et dont la fétidité prouvait l'ancienneté.

Je regrette que l'élève qui m'a fourni les matériaux de cette observation ait négligé d'énoncer les détails de l'examen du cadavre, qui a été fait indubitablement.

N° XXIV.

Hémorrhagie par inertie utérine après l'accouchement; mortelle.

Ursule R....., âgée de trente-deux ans, sanguine et habituellement bien portante, était enceinte pour la quatrième fois. Elle fut amenée à l'hospice le 7 messidor an 10, à huit heures du matin, ressentant, depuis quatre heures, des douleurs faibles et peu suivies.

L'orifice, dilaté d'environ quinze lignes, laissait entir une poche membraneuse assez tendue; le fœtus était très-mobile et paraissait présenter la tête encore très-haute.

La dilatation s'opéra lentement; la poche membraneuse descendit jusqu'à la vulve, quoique la tête du fœtus restât au détroit supérieur. Les membranes s'ouvrirent enfin et livrèrent passage à une *très-grande quantité d'eau.* La tête franchit brusquement l'orifice, et, un instant après, sortit de la vulve. La délivrance s'opéra avec la même rapidité. *Beaucoup d'eau* s'était encore écoulée après la sortie de l'enfant, qui pesait huit livres, poids assez considérable pour un nouveau-né.

L'utérus revint un instant sur son centre; mais aussitôt après il se ramollit, tomba dans une inertie complète, et fournit un écoulement de sang d'abord peu considérable, mais dont l'augmentation graduelle donna lieu à des faiblesses répétées. Le froid appliqué selon la méthode ordinaire, les injections d'eau froide, d'oxycrat, et même de vinaigre pur, l'introduction de la main dans l'utérus, quelques cuillerées de jus de citron données avec du sucre, furent sans succès; rien ne put déterminer l'utérus à se resserrer. Les fortifians, tels que le vin, l'éther, ne purent empêcher une syncope mortelle, que précédèrent quelques mouvemens convulsifs de la face. Le tamponnement avait été essayé; mais, pratiqué avec précipitation, il fut insuffisant et n'empêcha point le sang de s'écouler au dehors : la laxité du vagin et de l'utérus concouraient encore à le rendre inutile. La mort survint ainsi à trois heures après midi, à-peu-près une heure après la délivrance.

A l'*ouverture du cadavre*, on trouva la matrice largement étendue, molle, et contenant encore plusieurs caillots.

On a su de cette femme que dans ses couches précédentes elle avait été exposée au même accident; ce qui indique chez elle une singulière disposition à l'inertie : aussi voit-on que les douleurs ont été très-faibles, et que le travail a marché fort lentement. Une des causes prédisposantes les plus manifestes me semble avoir été ici la distension de l'utérus par une énorme quantité d'eau; l'enfant était aussi fort volumineux. Cet utérus, longtemps fatigué, s'est contracté tout-à-coup; l'enfant, l'eau et le placenta sont sortis brusquement, et la vacuité a succédé instantanément à la distension : voilà encore une cause à laquelle il faut rapporter l'événement funeste qui a eu lieu. Solayrès compare la matrice en travail à un homme qui fait de grands efforts musculaires : plus ils sont prolongés ou violens, et plus la fatigue, l'épuisement, le collapsus sont considérables, plus le repos devra aussi être prolongé avant qu'il puisse recommencer son pénible exercice. Il en est de même d'un travail trop long qui épuise l'utérus, et d'un accouchement trop rapide, qui exige nécessairement de sa part un effort violent et subit. Ces deux circonstances se sont ici trouvées réunies, et à cette réunion doit être attribuée l'opiniâtreté de l'inertie.

Les mouvemens convulsifs de la face que j'ai signalés ici diffèrent essentiellement des secousses spasmodiques dont s'accompagne le *frisson* que nous avons déjà tant de fois décrit. Ceux qui ont été mentionnés dans cette observation succèdent ordinairement à une syncope profonde dont ils indiquent presque toujours le retour prochain, et la mort à sa suite.

N° XXV.

Plusieurs cas d'hémorrhagie interne ou externe après l'accouchement.

I. Angélique Aim...., âgée de trente-huit ans, et enceinte de son premier enfant, fut, pendant les six premiers mois de sa grossesse, sujette à la diarrhée et affectée d'un catarrhe pulmonaire assez grave. On l'amena à l'hospice le 12 floréal, à deux heures du matin, et l'accouchement se termina après un travail fort court : la délivrance ne fut pas moins rapide. Cependant l'utérus s'était assez bien contracté ; mais, une heure après l'accouchement, on s'aperçut que cet organe se développait, et à l'instant même une syncope acheva de décéler l'existence d'une hémorrhagie interne. Les syncopes se répétèrent plusieurs fois malgré le soin qu'on eut d'extraire les caillots en portant la main dans l'utérus, et de réveiller la vitalité générale au moyen de la liqueur d'Hoffmann et de l'oxymel ; il fallut injecter dans la matrice de l'eau chargée de vinaigre pour en déterminer la con-

traction : après quoi les boissons désignées ci-dessus et quelques tasses de bouillon rétablirent complètement la malade.

Le premier jour, les lochies furent abondantes, fort colorées et parfois mêlées de caillots noirâtres ; il y eut encore plusieurs lipothymies. Les jours suivans, un peu de fièvre se développa, et l'hypogastre devint douloureux : cependant la sécrétion du lait s'établit à l'époque ordinaire. Les lochies suivirent la marche la plus naturelle ; la faiblesse de la malade fut combattue par de légères doses de quinquina, et le quatorzième jour, cette femme sortit de l'hospice en pleine santé.

II. Le 9 germinal de la même année, à huit heures du matin, accoucha aussi à l'hospice une femme de vingt-trois ans, habituellement bien portante et enceinte pour la première fois : elle se nommait Marie-Anne Le....

Après la délivrance, l'utérus, au lieu de se resserrer et de se réduire dans la région hypogastrique, commença à se tuméfier, distendu par du sang amassé en quantité assez considérable ; les caillots furent extraits, et des frictions, exercées sur l'hypogastre, déterminèrent la matrice à revenir sur son centre, et suffirent pour suspendre l'hémorrhagie.

Au moment où l'on se préparait à changer de lit la malade, elle fut prise d'une syncope que le vinaigre et l'alcali volatil firent cesser assez promptement ; mais des caillots s'étaient accumulés de

nouveau, et il fallut encore les extraire. Des linges froids et humides furent appliqués sur les cuisses et sur l'abdomen, et la perte cessa pour ne plus revenir. Dans les jours suivans, la fièvre s'est allumée, et l'abdomen, devenu douloureux et tendu, a décélé l'existence d'une péritonite. Les lochies ont persisté avec l'apparence sanguine jusqu'aux derniers momens de la vie; bientôt la respiration s'est embarrassée, et la malade a succombé, le neuvième jour, dans cet état de faiblesse, ou plutôt d'adynamie, qui accompagne la dernière période de toute phlegmasie grave et aiguë. La méthode de Doulcet (*ipéca.*) a été vainement employée au début, et réitérée le septième jour.

III. Dans le même mois s'observa encore un fait à-peu-près semblable. Noëlle Co...., âgée de trente-trois ans, et parvenue à la fin de sa première gestation, fut prise, immédiatement après un accouchement des plus faciles, d'une abondante hémorrhagie. Le sang ruisselait au dehors, et l'utérus était dans un état d'inertie complète. Les linges mouillés d'eau froide ne suffisant point pour arrêter la perte, on injecta de l'eau vinaigrée dans la matrice, et l'on fit, sur l'hypogastre, des frictions un peu rudes: alors le viscère se contracta, et le sang cessa de couler. Les lipothymies se succédaient cependant assez fréquemment: on y remédia par l'emploi de la liqueur d'Hoffmann et du vin. Les jours suivans, on observa une fièvre assez forte avec céphalalgie intense et douleur à

l'hypogastre : cependant les symptômes s'amendèrent, et la sécrétion du lait commençait à s'opérer quand la malade fut emmenée par ses parens.

IV. Le 15 nivôse, une quatrième femme, Anne Chaud...., bien portante habituellement, âgée de vingt-sept ans et enceinte de son deuxième enfant, arriva dans l'hospice à quatre heures du soir; elle était alors à terme et dans un état de faiblesse dû à un catarrhe pulmonaire avec fièvre qui la tourmentait depuis deux mois. Les douleurs étaient fortes, et quelques heures suffirent à l'expulsion du fœtus : la délivrance fut aussi très-facile.

Après quelques instans, on s'aperçut que la matrice était flasque, inerte, et contenait quelques caillots; le vagin en était rempli. L'introduction de la main fit cesser momentanément l'inertie; mais elle reparut peu après, et il fallut injecter de l'eau froide dans la matrice pour remédier à ce nouvel accident.

Deux heures après, quoique le sang fût complètement arrêté, il survint une lipothymie, et une autre parut encore après le même espace de temps. Quelques cuillerées de vin furent opposées à cet état de faiblesse. Vers minuit, tranchées utérines diminuées par l'application d'un cataplasme et l'administration de plusieurs lavemens.

Dans les jours suivans, les lochies furent abondantes, quoiqu'il y eût de la fièvre et une légère céphalalgie. La santé se rétablissait à vue d'œil,

lorsque la malade, au dixième jour de ses couches, se donna une indigestion : heureusement cet accident n'eut pas de suites; les lavemens et les cataplasmes firent disparaître les douleurs abdominales, et le dix-huitième jour, Anne Chaud.... sortit très-bien portante.

J'ai réuni ces quatre observations, peu différentes, pour éviter les répétitions et pouvoir leur appliquer simultanément les réflexions qu'elles doivent faire naître. Dans toutes, on voit un travail fort court précéder l'accouchement; dans toutes l'utérus tombe dans l'inertie *à plusieurs reprises*, après s'être contracté au point convenable. Dans presque toutes aussi, on voit que les lochies ont persisté avec assez d'abondance malgré les accidens fébriles ou inflammatoires, ce qui indique assez que ces accidens ne sont point le résultat de leur suppression, non plus que de celle du lait, comme on l'a cru pendant fort long-temps. La fièvre et l'inflammation sont dues à la réaction qui suit la lipothymie, et qui peut-être aussi est aggravée par la torpeur que produit le froid, surtout quand on l'applique à l'intérieur de l'utérus.

Les tranchées utérines qui ont paru dans le dernier cas étaient l'effet de la rétention de quelques caillots; c'est un symptôme fort ordinaire après les hémorrhagies, et peut-être, dans les premiers cas, a-t-on cru inflammatoires des douleurs purement spasmodiques de l'utérus : la métrite pro-

prement dite est bien plus rare qu'on ne l'imagine généralement.

Une dernière réflexion sera relative à la différence des cas relativement à l'accumulation du sang dans les uns, et à son écoulement dans les autres. Cette différence peut tenir à plusieurs causes diverses, comme l'étroitesse du vagin et l'occlusion de son orifice externe par l'élasticité ou le boursoufflement de la vulve, ou bien à l'occlusion de l'orifice utérin appuyé contre les parois du vagin, dans le cas d'une obliquité antérieure considérable, disposition assez fréquente après l'accouchement. La rétention du sang est encore favorisée, 1°. par le resserrement de l'orifice utérin lorsqu'il n'a éprouvé aucune déchirure après un premier accouchement; 2°. par l'insertion du placenta vers le fond de l'organe; et 3°. par un degré d'inertie très-considérable; car un utérus peu extensible doit plus aisément causer l'hémorrhagie externe que l'interne.

N° XXVI.

Spasme mortel après l'accouchement, sans hémorrhagie.

Marie-Catherine Aub..., femme idiote, âgée de trente-huit ans, lymphatique et affectée d'une diarrhée catarrhale avec pouls faible et fréquent, teint jaunâtre, etc., arriva à l'hospice de la Maternité dans le neuvième mois de sa seconde grossesse.

Le travail puerpéral se déclara dans la nuit. A dix heures du matin, les membranes se rompirent et les eaux s'écoulèrent chargées d'un méconium verdâtre. A midi, l'accouchement était terminé; l'enfant, quoique du volume ordinaire à un fœtus à terme, était mort depuis quelque temps; car il offrait des traces de putréfaction. La délivrance fut spontanée.

Pendant le travail, prostration des forces, diarrhée et vomissemens de matières verdâtres.

Après l'accouchement, pouls à peine sensible, pâleur, prostration, violent frisson spasmodique, lochies suspendues sans développement de l'utérus, qui est convenablement resserré.

Dans l'après-midi, la chaleur reparut, le calme se rétablit un peu, les forces se relevèrent, et les lochies coulèrent en quantité convenable; mais vers le soir, nouveau *frisson* avec lipothymies et les mêmes accidens que vers le milieu du jour; leur intensité s'accroît peu à peu dans la nuit, et malgré les fortifians qu'on administre à la malade et la chaleur qu'on excite autour d'elle, elle expire à quatre heures du matin.

L'examen du cadavre a été fait sans doute, mais il n'en est pas fait mention dans la note que je viens de transcrire.

On voit ici une faiblesse mortelle devenir la suite d'un accouchement un peu prompt quoique le sang lochial ait coulé à peine : c'est la déplé-

tion de l'abdomen, c'est la liberté insolite des vaisseaux de cette cavité qui, chez un sujet déjà épuisé, a produit des effets analogues à ceux qui eussent été la suite d'une hémorrhagie.

Il est encore une autre remarque à joindre ici à la précédente : c'est que la promptitude du travail, de même que la mort de l'enfant, sont très-ordinaires à la suite de ces grossesses fâcheuses qui ont épuisé les femmes. La phthisie, la péritonite détermineront souvent les mêmes effets, et il serait assez difficile d'en donner des raisons plausibles : seulement on peut croire que la mort de l'enfant est le premier effet de la maladie de la mère, et que cette mort détermine ensuite le travail puerpéral par le mécanisme dont nous avons parlé dans le premier article de ce Mémoire. Je ne parle point du contraste à établir entre cette célérité du travail et l'inertie d'un fœtus mort avant les premières douleurs ; il y a long-temps qu'on sait que l'enfant n'aide nullement par ses mouvemens *actifs* à la terminaison de l'accouchement.

N° XXVII.

Spasme mortel sans hémorrhagie utérine après l'accouchement.

L. Ferm...., femme maigre et sèche, âgée d'une vingtaine d'années, se plaignait, dans les derniers temps de sa grossesse (an 1820), de douleurs dans les côtés, la tête, etc. Un malaise continuel occa-

sionait une morosité habituelle, et souvent on observait des accès de fièvre, mais sans régularité. Deux fois on opposa, avec quelque succès, la saignée du bras à ces accidens. Elle accoucha à terme d'un enfant vivant; le travail fut peu pénible et l'accouchement facile; fort peu de sang s'écoula après la sortie de l'enfant et du placenta. Cependant Ferm.... s'affaiblit par degrés; une dyspnée considérable, un froid spasmodique et des syncopes précédèrent la mort, qui eut lieu une heure après la délivrance. On s'était assuré, à plusieurs reprises, que l'utérus ne contenait pas de caillots, et plusieurs fois on l'avait senti dur et rétracté au niveau de l'ombilic.

Le cadavre fut examiné le lendemain.

Toutes les membranes séreuses, et surtout le péritoine, renfermaient un liquide sanglant, mais sans consistance; le cœur et les vaisseaux principaux étaient presque vides : le peu de sang qu'ils contenaient était très-aqueux, et leurs alentours étaient fortement infiltrés d'une sérosité sanguinolente; la surface interne des artères et des veines était vivement teinte en rouge.

L'utérus, flasque et mou, aplati au-devant des intestins, occupait en largeur presque tout l'abdomen, et s'élevait jusque sous l'estomac et le foie (1); les trompes et les ligamens larges parais-

(1) En voici les dimensions et le poids, dont je me suis assuré moi-même avec beaucoup de soin :

saient infiltrés d'une sérosité rougeâtre; les cordons sus-pubiens s'inséraient vers la partie moyenne de l'organe, un pouce au-dessous des trompes utérines, et ils offraient évidemment la structure musculeuse; leurs fibres étaient continues à celles de la matrice, qui se montraient fort distinctement à l'intérieur; le col de cet organe était un peu plus étroit que le reste; son orifice vaginal, largement ouvert, offrait des lèvres ecchymosées et pendantes.

On voit qu'il existait ici, comme dans l'exemple précédent, une disposition à l'adynamie la plus rapide. Je ne sais jusqu'à quel point on peut faire entrer, comme cause de la mort, l'épanchement du sang dans les membranes séreuses; cet épanchement pourrait bien n'être qu'un effet de transsudation cadavérique facilitée par la liquidité du

---

Largeur de l'utérus aplati vers son milieu.... 235 millim.=8 p. 8 l.
Longueur..... 328=plus d'un pied.
Epaisseur des parois prises isolément, de 7 à 14=de 3 à 6 lig.
Poids total de l'utérus avec une très-petite partie du vagin, les trompes et les ovaires..... 1900 gram.=3 liv. 13 onc. à-peu-près.

La plus grande épaisseur répondait à l'adhérence du placenta, que faisait reconnaître une surface livide, molle et élevée quoique *lisse*, située vers le fond et la paroi postérieure. Les veines utérines ou sinus s'ouvraient, là seulement, par des orifices fort larges (une ligne et demie de diamètre), et par lesquels l'air insufflé passait aisément de l'intérieur de l'utérus jusque dans les veines iliaques, et réciproquement.

sang contenu dans les vaisseaux ; c'est ce que semble prouver la teinte rouge de la surface interne de ces canaux et du tissu cellulaire voisin ; les veines avaient de cette manière marbré la peau d'une couleur livide. Le cœur dans le péricarde, les poumons dans le thorax, l'utérus et le foie dans l'abdomen, voilà des organes qui, gorgés de sang avant la mort, ont bien pu le laisser transsuder après les derniers soupirs. On ne peut croire que le sang ait passé de l'utérus dans l'abdomen par les trompes utérines (Ruysch), puisque cet organe n'avait pas été développé par ce fluide, et que d'ailleurs la plèvre, le péricarde et le tissu cellulaire avoisinant les veines étaient également abreuvés de sérosité sanglante.

Nous trouvons ici un exemple de ces alternatives de resserrement et de relâchement dans l'utérus, dont il a été question ailleurs. La mort a déterminé un relâchement complet, c'est ce que j'ai maintes fois observé. On voit aussi, dans les détails que j'ai donnés, une preuve de ce que j'ai avancé ailleurs, sur l'autorité du professeur Chaussier et d'après mes observations, savoir que les crêtes et fongosités qui s'élèvent vers l'insertion du placenta ne se développent que quelques jours après l'accouchement, et sont le résultat d'un engorgement inflammatoire qui achève de fermer l'ouverture des sinus utérins.

J'ai donné avec détail les mesures linéaires et pondérales de la matrice, parce qu'on y trouve une

preuve incontestable de l'accroissement réel qu'éprouve cet organe pendant la grossesse; on sait qu'il ne pèse que deux à trois onces dans l'état de vacuité, ou, pour mieux dire, hors l'état puerpéral. C'est dans un but analogue que j'ai insisté aussi sur quelques autres détails anatomiques. Je saisis dans cet ouvrage, comme je le ferais à l'hospice, toutes les occasions d'augmenter l'instruction des élèves sur les divers points de l'art.

N° XXVIII.

Épuisement mortel par l'effet de l'accouchement, et paraissant dépendre d'une péritonite développée avant le travail.

Angélique-Françoise Clém..., âgée de....., d'une faible constitution, d'un tempérament lymphatique, enceinte pour la sixième fois, assurait s'être bien portée pendant tout le temps qui précéda son entrée à l'hospice. A son entrée (31 mars), *fièvre, faiblesse extrême*, difficulté de la progression.

Le 1er avril, dans la matinée, céphalalgie, presqu'impossibilité des mouvemens; à une heure, *frissons* prolongés, rupture spontanée des membranes, et bientôt commencement des douleurs de l'enfantement. A trois heures, cette femme accoucha d'une fille bien portante, du poids de cinq livres, et sortie dans la première position du sommet. La délivrance s'opéra naturellement : aussitôt après, *syncopes* fréquentes, céphalalgie plus intense, soif

ardente, sentiment d'anxiété dans la région de l'estomac, *sensibilité extrême* de l'abdomen, douleurs à la moindre pression. (*Potion anti-spasmodique.*)

Dans la soirée et dans la nuit, même état, point de sommeil. Le lendemain (2 avril), augmentation d'intensité des symptômes, oppression considérable suivie de la mort (à dix heures).

L'*ouverture du cadavre* a dû donner des résultats analogues à ceux de l'observation n° 5.

La péritonite existait avant l'accouchement, la fièvre en était l'indice aussi-bien que la sensibilité de l'abdomen. Cette femme, déjà affaiblie, a succombé à une syncope par *dimotion* (Leroux).

FIN DU DEUXIÈME VOLUME.

TABLE ANALYTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE DEUXIÈME VOLUME.

AVERTISSEMENT DE L'ÉDITEUR, *page* j.

NOTICE HISTORIQUE sur la vie et les écrits de madame Lachapelle, *pages* 1-16.

IVe MÉMOIRE. POSITIONS DES PIEDS, DES FESSES ET DES GENOUX.

ART. Ier *Définition, Division.* — Raisons qui ont déterminé la réunion de ces trois genres; analogie; transformation d'un genre dans l'autre, etc. — Genres, espèces, variétés des positions de l'*extrémité pelvienne* du fœtus. — Définition d'une position cardinale en général (note). — Tableau de ces positions. — Tableau de l'Éditeur (note). — Les procidences ne font pas partie de cette nomenclature, 17-22.

ART. II. *Fréquence relative.* — Comparaison avec les autres positions du fœtus. — Fréquence de chaque genre, de chaque espèce, de chaque variété. — Éclaircissemens relatifs à certaines positions dites du ventre, des lombes, des hanches, etc. Erreurs à ce sujet, 22-28.

ART. III. *Causes.* — Incertitudes des causes; singularité de certaines dispositions; causes probables; culbute appréciée; changement graduel de la position. — Causes de chaque genre, de chaque espèce, de chaque variété, 29-33.

ART. IV. *Mécanisme.* — Remarques générales sur la marche de l'extrémité pelvienne; comparaisons de cette extrémité avec la tête; rotation; observation à l'appui (note). — Opinions diverses sur ce sujet. — Remarques

sur la situation des bras du fœtus ; sur la sortie de la tête, et les causes de sa flexion. — Particularités de chaque genre, de chaque espèce, de chaque variété, 33-42.

Art. V. *Diagnostic.*

A. *Conjectures générales* sur la présentation de l'extrémité pelvienne. — 1°. Forme du ventre ; cas où elle est réellement utile. — 2°. Forme de la poche membraneuse ; causes de ses différences. — 3°. Forme de l'orifice utérin : plus valable. — 4°. Écoulement rapide des eaux. — 5°. Élévation du fœtus ; inertie utérine. — 6°. Sortie du méconium ; discussion sur la valeur de ce signe, 42-47.

B. *Signes propres* à chaque genre. — *a.* Fesses ; leurs caractères ; connaissance du sexe de l'enfant ; distinction de l'inclinaison normale et anormale du fœtus. — *b.* Pieds ; leurs caractères ; différences de la main, du coude. — Un seul pied ; pieds croisés. — *c.* Genoux ; leurs caractères ; différences des coudes, des talons, 47-57.

Art. VI. *Pronostic.* — Raisons des jugemens défavorables portés sur ces positions ; valeur exagérée de ces raisons. — Effets relatifs à la mère. — Effets relatifs à l'enfant. — Pronostic de chaque genre, de chaque espèce, de chaque variété, 57-66.

Art. VII. *Indications et Procédés opératoires.*

1°. *Laisser agir la nature.* — Rareté des cas où il faut suivre ce précepte à la rigueur, 67-68.

2°. *Aider dans le sens des efforts de la nature.* — Cas dans lesquels la nature en fait plus que l'art. — Cas dans lesquels l'art en fait plus que la nature. — Agir successivement dans le sens des différens axes du bassin. — Remarque relative au 1er *genre.* — Emploi des doigts, du crochet mousse, du lacs. Procédé d'*Asdrubali.* — Le 2e et le 3e *genre* offrent peu de remarques particulières. — Particularités relatives aux *espèces* 1re, 2e *et* 3e. — Sortie et extraction des bras ; opinions diverses. — 4e *espèce.* Dé-

gagement de la face sous les pubis. Procédé d'*Asdrubali;* procédé de *Smellie;* manière de la tourner en arrière.—Particularités relatives aux *variétés*. Modifications amenées par la présence d'un seul pied, d'une seule fesse, d'un seul genou, 68-86.

3°. *Changer les dispositions naturelles.* — Cas où il faut aller chercher les *pieds*; cas contraires; procédé opératoire. — Présence des *fesses;* présence des *genoux;* positions inclinées, 86-91.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

N° 1. *Première position des fesses (de ma classification).* — Accouchement spontané; détails sur le diagnostic et le mécanisme. — *Réflexions* sur le pronostic, le mécanisme, l'écoulement lent des eaux, la sortie des bras et l'extraction de la tête, 92.

N° 2. *Première position diagonale.*—Sacrum en avant; diagnostic détaillé; sortie spontanée des pieds avant les fesses; extraction artificielle de la tête. — *Réflexions* sur la dilatabilité de l'orifice utérin, la situation des pieds et l'extraction de la tête, 96.

N° 3. *Deuxième position des fesses.*—Accouchement spontané; tuméfaction des organes génitaux de l'enfant.—*Réflexions* sur l'avortement prévenu, sur le mécanisme, la sortie spontanée des bras, l'écoulement du méconium, et l'asphyxie apoplectique du fœtus, 100.

N° 4. *Deux observations de 2e position diagonale.* — 1. Sacrum en arrière; accouchement spontané. — 2. Sacrum en avant; procidence d'une main; présence d'un pied; décussation d'un bras. — *Réflexions* sur ces positions, la situation des pieds, la sortie des bras et de la tête, le dégagement du bras croisé, 104.

N° 5. *Troisième position des fesses.* — Accouchement spontané; renversement de l'utérus; hémorrhagie mortelle.

—*Remarques* sur la fréquence de cette position, et son mécanisme, 108.

N° 6. *Quatrième position des fesses.*—Trijumeaux; accouchement spontané. — *Réflexions* sur le mécanisme et le pronostic, 110.

N° 7. *Fesse ou hanche gauche.* — Réduction spontanée à la 1re position; détails de diagnostic; accouchement spontané. — *Remarques* sur les positions de la hanche, leur pronostic, les effets de la petitesse du fœtus, la forme de la poche membraneuse, 112.

N° 8. *Position sacro-coccygienne.* — Réduction spontanée après redressement d'une obliquité utérine; accouchement spontané. — *Réflexions* sur les effets de l'obliquité, le volume du ventre, etc., 115.

N° 9. *Première position des fesses.*—*Crochet mousse.* Déchirure du périnée; enfant mort; testicules ecchymosés; articulation saine.—*Réflexions* sur l'étroitesse présumée du bassin, sur le placement du crochet, sa forme, les causes de la mort du fœtus et de la rupture du périnée, 117.

N°. 10. *Deuxième position diagonale des fesses.*—*Crochet mousse.* Inertie par distension de la vessie; rigidité partielle de l'orifice. — *Réflexions* sur la position, sur l'application du crochet, sa forme et ses effets; sur l'état des organes génitaux, et le sexe du fœtus, 121.

N° 11. *Première position des fesses.* —*Extraction par les pieds.* Tuméfaction et progression des organes génitaux de l'enfant; tentatives inutiles de l'emploi des doigts; fesses repoussées; pieds extraits avec facilité; tête extraite avec peine. — *Réflexions* sur la lenteur de la dilatation, la répulsion des fesses, les causes de la mort de l'enfant, 124.

N° 12. *Idem.* — *Idem.* Rupture spontanée des membranes; inertie utérine; fesses repoussées; pieds amenés successivement; tractions méthodiques; extraction des bras et de la tête. — *Réflexions* sur le pelotonnement et la nature

des dangers que fait naître la version du fœtus; la manière dont on a repoussé les fesses, etc., 128.

N° 13. *Première position franche.* — *Extraction par les pieds.* Bassin étroit; rupture prématurée des membranes, et écoulement incomplet de l'eau; tractions sur une seule jambe. — *Remarques* sur les rapports du resserrement du bassin avec la position du fœtus, 132.

N° 14. *Idem.* — *Idem.* Membranes entières; extraction simultanée des deux pieds; étroitesse de la vulve; enfant mort de convulsions.—*Remarques* sur le diagnostic, malgré l'intégrité des membranes; sur la situation des jambes de l'enfant; l'étroitesse de la vulve et son influence sur la santé de celui-ci, 134.

N° 15. *Idem.* — *Idem.* Extraction à l'aide d'un seul pied, après rupture spontanée des membranes; fesses repoussées; enfant apoplectique; pleuro-péritonite mortelle; examen du cadavre, 137.

N° 16. *Deux observations de 1re position des fesses.* — *Extraction* à l'aide d'un seul pied; refoulement impossible; inertie utérine spontanément dissipée. — *Réflexions* sur les difficultés apportées au diagnostic par l'élévation de la partie présentée, par l'étroitesse de l'orifice utérin; sur le pronostic, etc., 139.

N° 17. *Deuxième position des fesses.* — *Extraction* par les pieds; rupture prématurée des membranes; tractions méthodiques, 143.

N° 18. *Quatrième position des fesses.* — Procidence d'une main. *Extraction par les pieds.* Rupture spontanée des membranes; pléthore dissipée; obliquité utérine réduite; extraction de la tête difficile; mort du fœtus.—*Réflexions* sur l'influence de la présentation des fesses pendant la grossesse; sur la position, sur la menstruation de cette femme, 145.

N° 19. *Deuxième position de la fesse droite.* — Procidence

du cordon ombilical. *Version* du fœtus après rupture des membranes; tractions sur un seul pied. — *Réflexion* sur les positions *coxales*, 149.

N° 20. *Première position de la fesse gauche.—Extraction par les pieds.* Enfans jumeaux; procidence des mains; tête retenue par celle de l'autre fœtus; sortie simultanée; enfant mort. — *Remarques*, 1°. sur l'obliquité du fœtus; 2°. sur la tendance de la fesse à s'engager; 3°. sur la procidence; 4°. sur les tractions exercées à l'aide d'un seul membre abdominal; 5°. sur la facilité du passage des fesses; 6°. la sortie du bras; 7°. l'engagement simultané des deux têtes, 151.

N° 21. *Troisième position coccygienne*, qualifiée de 2e des lombes; utérus fort oblique en devant et vide d'eau. *Extraction par les pieds.—Remarques* sur le toucher et la direction à donner au doigt dans cette opération, 155.

N° 22. *Première position des pieds. —Accouchement aidé;* résistance de la tête; asphyxie, puis convulsions mortelles chez l'enfant. — Examen anatomique. — *Remarque* sur la difficulté de l'extraction de la tête; démonstration géométrique, 157.

N° 23. *Deuxième position des pieds. — Accouchement spontané;* mécanisme régulier; pleuro-péritonite mortelle.—*Réflexions*, 161.

N° 24. *Première position des pieds.—Extraction;* inertie utérine, et rigidité des parties molles; enfant volumineux, mort. — *Remarque physiologique* sur la fréquence plus grande des positions *franches* des pieds que des fesses, 163.

N° 25. *Première position du pied gauche.—Extraction.* Fœtus mobile; rupture artificielle des membranes; dégagement difficile du bras gauche et de la tête; dépression au pariétal; enfant vivant. — *Remarques* sur la mobilité du fœtus et la dépression des os du crâne; théorie de l'apoplexie des nouveau-nés, 165.

N° 26. *Idem.* — *Idem.* Opération méthodique; péritonite mortelle. — Examen anatomique. — *Remarques* sur la présentation d'un seul pied ; le déploiement du membre inférieur sans progrès de l'extrémité pelvienne; la mobilité des symphyses, 168.

N° 27. *Deuxième position du pied droit.* — Resserrement du bassin; *extraction*, résistance de la tête; *crochet mousse* dans la bouche ; enfant mort. — *Remarques* sur les effets du resserrement ; l'application du crochet mousse ; le rétablissement de la mère, 171.

N° 28. *Quatrième position des genoux.* — *Extraction* méthodique, 173.

Ve MÉMOIRE. POSITIONS DE L'ÉPAULE.

ART. Ier. *Définition*, *division.* Raisons de la réunion des faits relatifs aux deux épaules. — *Tableau.* — Deux positions cardinales seulement; les variétés composent les positions réputées du cou, du thorax, du dos, de l'abdomen. — Sortie du bras, bien distincte de la *procidence*, 176 — 180.

ART. II. *Fréquence absolue et relative.* — Énumération des cas relatifs à chaque épaule, à chaque position, à chaque variété, 180 — 184.

ART. III. *Causes* prédisposantes; petitesse et mobilité du fœtus. — Efficientes, secousses, etc.; *exemples.* — Épaule droite ; pourquoi plus fréquemment présentée. — Pourquoi les positions transversales sont plus ordinaires; la 3e position plus ordinaire à l'épaule droite, et la 4e à la gauche: pourquoi. — Quelles sont les diagonales les plus fréquentes, et pourquoi (note), 184 — 189.

ART. IV. *Mécanisme.* L'attitude naturelle est altérée ; comment; le fœtus n'est jamais réellement couché en travers, mais le tronc est *relevé* plus ou moins perpendiculairement au-dessus de l'épaule et même de la tête. — *Évolution* spontanée ; son mécanisme. Pourquoi l'utérus

agit spécialement sur l'extrémité pelvienne du fœtus, 189 — 193.

Art. V. *Diagnostic*. Difficultés. La forme des membranes est illusoire; caractères de l'épaule. On peut reconnaître si c'est la 3e ou la 4e position, sans savoir de quelle épaule il s'agit. — Le coude seul peut quelquefois donner tous les moyens d'un diagnostic exact; ses caractères. — Sortie du bras; inductions qu'on en peut tirer; causes d'erreur; procidence, torsion du bras; aspect gangréneux, etc., 193 — 201.

Art. VI. *Pronostic*, relativement aux autres positions. — *Évolution spontanée* presque toujours funeste au fœtus et à la mère. — *Version;* ses produits; énumération comparative des enfans vivans, faibles ou morts. — Pourquoi le pronostic de la 4e position de l'épaule droite, et 3e de l'épaule gauche, est plus grave. — La sortie du bras est rarement fâcheuse, souvent utile, 201 — 206.

Art. VII. *Indications et procédés opératoires.*

§ Ier. *Laisser agir la nature;* cas dans lesquels on doit s'en tenir à ce précepte. — Observation (note), 206 — 208.

§ II. *Aider* dans le sens du mécanisme; appréciation de divers procédés. — 1°. Tirer sur le bras; mauvais. — 2°. Amener les fesses; impraticable ou inutile. — 3°. Décollation et tractions sur le bras; cas dans lesquels on peut en donner le conseil, 208 — 210.

§ III. *Changer* les dispositions naturelles. — 1°. Réduction de la tête; impraticable et mauvaise. — 2°. *Version* par les pieds; parallèle de ses difficultés dans les positions de la tête ou de l'épaule. — Remarques diverses. — *A*. Sur le choix de la main; cas où l'on peut s'en dispenser; comment; cas où l'on ne peut suivre la règle. — *B*. Marche que la main doit suivre; version brusquée. — *C*. Pelotonnement opéré par un seul pied; aisé quand

c'est le pied opposé à l'épaule qui se présente; exception. — *D.* Variétés diagonales; sortie du bras; sa réduction est impossible, inutile ou nuisible. — Observation (note). — L'arrachement, la section sont dans le même cas; utilité de son dégagement; singulier moyen proposé par *Deleurye;* utilité d'un lacs appliqué sur le poignet sorti, 210 — 222.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

N° 1. *Troisième position de l'épaule droite* (1re de ma classification); sortie du bras. — Pratiques erronées; version impossible; un pied amené; arraché; *évolution spontanée;* fistule urinaire. — *Réflexions* sur l'évolution, sur la puissance de la nature, et sur la cause de l'impuissance de l'art. — Fait analogue; *accouchement spontané* après la mort de la mère, 223.

N° 2. *Troisième position de l'épaule gauche.* — Sortie du bras; extirpation de ce membre, et autres pratiques aussi déraisonnables; version impossible; *sortie spontanée* d'un fœtus ployé en double; rachis rompu; mort de la mère. — *Réflexions* sur les manœuvres employées et proposées; sur les indications réelles, 229.

N° 3. *Troisième position de l'épaule droite.* — Dégagement du bras pour faciliter le diagnostic; *version.* — *Remarques* sur ce dégagement et son utilité, 234.

N° 4. *Idem.* — Diagnostic obscur; membranes entières; *version brusquée.* — *Remarques* sur le pronostic que doit inspirer l'élévation du fœtus; sur le diagnostic et le choix de la main dans l'opération, 236.

N° 5. *Troisième position diagonale de l'épaule droite.* — *Version par un seul pied.* — *Réflexions* sur la rupture des membranes; sur la direction diagonale; sur les tractions par un seul pied, 238.

N° 6. *Troisième position cubitale incomplète de l'épaule*

droite. — *Version régulière.* — *Remarques* sur le diagnostic ; sur la dilatation de l'orifice, 241.

N° 7. *Quatrième position de l'épaule droite.* — Extraction de la main du fœtus ; *version régulière ;* enfant putréfié. — *Réflexions* sur la rupture des membranes ; sur le volume du placenta, 243.

N° 8. *Idem.* — Membranes entières ; diagnostic difficile ; *version* facile. — *Remarques* sur l'emploi arbitraire de la main droite, 245.

N° 9. *Idem.* — Travail prématuré ; diagnostic détaillé ; *version régulière.* — *Remarques* sur l'utilité de la version ; sur le diagnostic ; sur la ténuité des membranes, 247.

N° 10. *Idem.* — *Version par un seul pied.* — *Remarques* sur l'intégrité des membranes, la disposition des pieds du fœtus et les tractions sur un seul pied, etc., 249.

N° 11. *Idem.* — Dégagement du bras ; *version irrégulière* ; adhérence des membranes. — *Remarques*, 253.

N° 12. *Idem.* — Prolapsus de la main ; détails de diagnostic ; *version irrégulière ;* décussation d'un bras. — *Réflexions* sur la *confusion* et le changement de l'attitude naturelle, 255.

N° 13. *Quatrième position diagonale de l'épaule droite.* — Prolapsus de la main ; diagnostic ; *version irrégulière* (main gauche). — *Remarques* sur la disposition aux couches irrégulières ; sur les causes de la direction diagonale ; sur la possibilité d'opérer de la main gauche, 259.

N° 14. *Quatrième position de l'épaule droite.* — Bras sorti ; bassin étroit ; *version* difficile, enfant putréfié. — *Réflexions* sur : 1°. la sortie du bras et du cordon ; 2°. la fièvre, etc. ; 3°. les difficultés de l'accouchement et des précédens ; 4°. la rupture des membranes ; 5°. sur les causes de la mort de l'enfant ; 6°. sur l'irrégularité de l'opération ; 7°. sur l'ecchymose, etc. ; 8°. sur la faiblesse de la mère, 261.

N° 15. *Quatrième position cubitale incomplète de l'épaule droite.* — Diagnostic détaillé ; *version* brusquée et irrégulière ; un seul pied ; enfant mort de convulsions. — *Remarques* sur le diagnostic et l'opération, 267.

N° 16. *Quatrième position cubitale, épaule droite.* — Bras dégagé ; *version* irrégulière. — *Réflexions*, 269.

N° 17. *Quatrième position acromiale, épaule droite.* — *Version ;* enfant putréfié. — *Remarques* sur le diagnostic ; sur la putréfaction et ses effets, 271.

N° 18. *Quatrième position claviculaire, épaule droite.* — *Version.* — *Remarques* sur l'intégrité des membranes ; sur l'inclinaison du fœtus ; ses causes et ses effets, etc., 273.

N° 19. *Troisième position de l'épaule gauche.* — Rupture des membranes ; dégagement du bras ; *version* régulière ; hémorrhagie. — *Remarques* sur le diagnostic tiré de la direction du membre sorti, etc., 275.

N° 20. *Idem.* — Membranes entières ; *version* brusquée ; main *droite.* — *Remarques* sur l'opération et les modifications qu'a exigées la circonstance, 277.

N° 21. *Idem.* — Main sortie ; *version par un seul pied.* — *Remarques* sur le diagnostic ; sur la version par un seul pied, 279.

N° 22. *Idem.* — *Idem, idem* ; hémorrhagie et mort de la mère et de l'enfant. — *Réflexions* sur l'évolution, etc., 282.

N° 23. *Troisième position cubitale de l'épaule gauche.* — Diagnostic détaillé ; *version régulière.* — *Réflexions* sur les causes de la position ; sur le diagnostic basé sur la présence du coude ; sur le dégagement du membre, l'*expulsion* ultérieure du fœtus (note sur l'évolution), les causes qui rendaient la version difficile, 284.

N° 24. *Idem.* — Rupture spontanée des membranes ; bras dégagé ; *version facile ;* enfant mort. — *Remarques* sur

la *forme* de la poche membraneuse ; sur la nécessité et la facilité d'une opération *régulière*, 288.

N° 25. *Troisième position scapulo-cubitale, épaule gauche.* — Détails de diagnostic ; *version.* — *Remarques* sur les effets de la petitesse du fœtus, 290.

N° 26. *Troisième position claviculaire, épaule gauche.* — Diagnostic détaillé ; *version.* — *Remarques* sur les causes de la position et de l'inclinaison du fœtus, 292.

N° 27. *Quatrième position de l'épaule gauche.* — Travail lent ; bras dégagé ; *version un peu difficile ;* enfant faible. — *Remarques*, 294.

N° 28. *Idem.* — Enfant petit ; *version régulière ;* enfant faible. — *Remarques* sur la petitesse de l'enfant et ses effets, 297.

N° 29. *Idem.* — Obliquité utérine ; *version un peu difficile ;* enfant mort. — *Remarques* sur la production de la position, 299.

N° 30. *Idem.* — Sortie de la main ; *version difficile et irrégulière.* — *Remarques* sur les causes des difficultés, 301.

N° 31. *Idem.* — *Version par un seul pied.* — *Remarques* sur l'irrégularité de l'extraction, 303.

N° 32. *Idem.* — Manœuvres inconsidérées ; sortie du bras et d'un pied ; indocilité de la femme ; *version* facile à l'aide d'un mouvement de bascule ; enfant mort. — *Réflexions* sur la rupture prématurée des membranes, et les procédés employés ; sur le décollement du placenta ; sur l'emploi de la saignée, etc., 305.

N° 33. *Quatrième position cubitale, épaule gauche.* — Bras dégagé ; *version*, 309.

N° 34. *Quatrième position acromiale, épaule gauche.* — Fœtus petit ; *version.* — *Réflexions* sur le petit volume de l'enfant, 310.

N° 35. *Quatrième position scapulaire, épaule gauche.*

— Rupture des membranes ; *version* régulière, 312.

VIe MÉMOIRE. HÉMORRHAGIE UTÉRINE ET AVORTEMENT.

Division des *accidens* qui compliquent le travail, et des obstacles qui s'opposent à l'accouchement, matière des Mémoires suivans. — Définition de l'hémorrhagie, etc., 315 — 317.

ART. Ier. *Hémorrhagie des premiers temps de la grossesse, et avortement.*

§ Ier. *Définition* ; distinctions, 318.

§ II. *Causes* vagues et incertitude des auteurs. — *A*. Causes qui agissent *sur la mère*. — Locales. — Générales. — Agissent généralement en produisant un *molimen* ; pléthore, habitude, etc. — Proportion des avortemens aux accouchemens naturels ; 318 — 323. — *B*. Causes qui agissent *sur le fœtus* ; mort, difformité ; môles ; comment la pléthore et le molimen en résultent ; végétation du placenta, 323 — 326. — *C*. Mécanisme de ces causes ; comment la matrice devient contractile ; etc., 326 — 328.

§ III. *Signes, diagnostic ;* prodromes. — Signes sensibles. — *A*. Hémorrhagie ; différence d'avec la menstruation. — *B*. Douleurs ; leur caractère, 328 — 332.

§ IV. *Pronostic* pour l'enfant. — Pour la mère ; hémorrhagie, douleurs, etc. — Par violence extérieure est plus fâcheux ; pourquoi, 332 — 338.

§ V. *Traitement*. — 1°. *Préservatif ;* régime, saignées ; comment elles agissent ; comment elles favorisent l'accouchement à terme, et arrêtent l'accouchement prématuré, 338 — 343.

2°. *Palliatif*. S'en rapporter à la nature quand l'avortement est inévitable ; traitement des accidens. — *A*. Hémorrhagie ; *tamponnement*. — *B*. Douleurs et inflammations. Anti-phlogistiques. — *C*. Rétention du placenta, injections, extraction, 343 — 347.

Art. II. *Hémorrhagie après le sixième mois ;* définition, 348.

§ Ier. *Causes.* Greffement du placenta sur l'orifice ; quelquefois il y a *molimen ;* preuves de l'insertion anormale du placenta ; causes de cette insertion ; le placenta inséré ailleurs ne peut guère se décoller que partiellement. Il ne peut guère y avoir d'hémorrhagie *interne* pendant la grossesse, soit entre les membranes et l'utérus, soit *dans les membranes*, par suite de rupture du cordon, 348 — 354.

§ II. *Signes, diagnostic.* Epoque de l'apparition du sang ; raisons de cette particularité ; marche de l'hémorrhagie ; ses effets ; signes *sensibles ;* toucher, 354 — 358.

§ III. *Pronostic.* Par rapport au fœtus ; *asphyxie pléthorique.* — Par rapport à la mère ; il dépend de la disposition du placenta. — Dangers de l'hémorrhagie ; marche naturelle. — Dangers des procédés opératoires ; accouchement forcé ; tamponnement ; leurs effets, 358. — 363.

§ IV. *Traitement.* Peut-on prévenir l'insertion anormale. — La *prophylaxie* n'a trait qu'aux causes déterminantes. — *Palliatif ;* saignée ; tamponnement. — *Curatif.* — *A.* Rupture des membranes ; ses avantages et ses inconvéniens ; cas où elle convient. — *B.* Accouchement artificiel ; conditions pour qu'il soit praticable ; précautions qu'il exige, 363 — 370.

Art. III. *Hémorrhagie pendant le travail ;* décollement du placenta ; rupture de l'orifice ; déchirure dn cordon, etc. — Pronostic moins défavorable que dans les cas précédens. — Indications plus précises, 370 — 373.

Art. IV. *Hémorrhagie après l'accouchement à terme.*

§ Ier. *Définition ; fréquence ; époque* de son apparition, 373 — 374.

§ II. *Causes ; sources ;* par le cordon ombilical, peu pro-

bable. — Par *inertie ;* causes de l'inertie ; leur manière d'agir. — *Molimen* quelquefois compagnon et peut-être cause de l'inertie. — Renversement, etc., 374 — 379.

§ III. *Signes ; diagnostic*. Remarque sur l'hémorrhagie prétendue par le cordon ombilical. — Signes de l'*inertie*, du col, du corps ; alternatives. — *A*. Hémorrhagie *externe ;* distinguée des lochies, de la première éruption menstruelle. — *B*. Hémorrhagie *interne;* ses signes ; élévation de l'utérus ou tuméfaction de l'abdomen, quelquefois due à d'autres causes. — *C*. Signes communs de l'hémorrhagie ; causes d'erreurs, 379 — 390.

§ IV. *Pronostic*. De l'externe, de l'interne. — Signes de mort prochaine. — Examen des cadavres, 390 — 393.

§ V. *Traitement* — A. *Préservatif*. La saignée l'est quelquefois ; conduire le travail et la délivrance. — Règles pratiques sur ce dernier point, 393 — 396. — B. *Traitement curatif*. — Saignée le plus souvent dangereuse. — Sédatifs, froid; précautions à prendre dans son emploi; ses dangers. — Introduction de la main ; sa manière d'agir (note). — Tamponnement avec compression de l'utérus. — *Traitement* de la syncope et du frisson spasmodique. — Ligature des membres inutile. — Autre procédé plus dangereux, 396 — 403.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

N° 1. Plusieurs cas d'*avortement* prévenu. — 1°. Deux avortemens prévenus par les sangsues. — 2°. Avortement prévenu par la saignée, 404.

N° 2. Deux cas d'*hémorrhagie* utérine au 4e et au 5e mois, supprimée par la saignée. — 1. Molimen fébrile spontané. — 2. Catarrhe pulmonaire avec molimen. — *Remarques* sur la coloration d'un de ces enfans, 406.

N° 3. *Avortement imminent* prévenu deux fois par les sangsues; gastrite et molimen menstruel, 408.

N° 4. *Idem*, après des secousses générales, prévenu par la saignée. — Observation préliminaire, métrite après ménorrhagie, hors l'état de grossesse, 410.

N° 5. *Avortement* à quatre mois. — Placenta resté dans la matrice; douleurs excessives; hémorrhagie; *tamponnement*, 413.

N° 6. HÉMORRHAGIE AU 7e MOIS, *par insertion anormale du placenta*. — *Tamponnement*; accouchement *spontané*; enfant mort; perte renouvelée et mortelle. — Examen des deux cadavres. — *Remarques* sur le décollement du placenta, le molimen fébrile, l'inertie partielle de l'utérus, l'adhérence de l'épiploon, l'ecchymose du vagin, la pléthore du fœtus, etc., 415.

N° 7. *Idem*. — Enfant mort; pleurésie mortelle après l'accouchement. — Examen du cadavre. — *Remarques* sur la marche de la pleurésie, etc., 419.

N° 8. *Hémorrhagie cervico-placentale*. — *Tamponnement*; *version*; enfant mort; ovarite; apoplexie séreuse; mort. — Examen du cadavre. — *Remarques*, 422.

N° 9. *Idem*. — *Tamponnement*; procidence du cordon; *version*; fièvre adynamique mortelle. — *Remarques*, 425.

N° 10. *Idem*. — *Rupture* inutile *des membranes*; enfant mort; guérison de la mère. — *Remarques* sur le frisson spasmodique, 427.

N° 11. Plusieurs exemples d'HÉMORRHAGIE *cervico-placentale* DU 6e AU 8e MOIS. — *Rupture* des membranes; accouchement spontané. — *Réflexions* sur ces trois faits; l'hémorrhagie est-elle accrue par la faiblesse? 431.

N° 12. *Hémorrhagie* cervico-placentale au 8e mois. — *Tamponnement*; accouchement *spontané*; enfant mort; pleuro-péritonite mortelle. — Examen du cadavre. — — *Remarques* diverses; anatomie de l'utérus. 435.

N° 13. *Hémorrhagies* répétées. — Épuisement; *version*; enfant mort; spasme mortel après l'accouchement. — Exa-

men du cadavre. — *Remarques* sur l'époque de l'apparition de l'hémorrhagie, et l'insertion du placenta, etc., etc., 438.

N° 14. Plusieurs cas d'HÉMORRHAGIE cervico-placentale DU 7e AU 9e MOIS. — *Tamponnement; version.* — 1. Enfant mort. — 2. Enfant faible; mère morte. — Ouverture du cadavre. — 3. Enfant mort. — *Remarques* diverses, 441.

N° 15. *Hémorrhagie* cervico-placentale. — *Tamponnement; version* brusquée; mort de la mère. — *Remarques*, 445.

N° 16. *Idem*, au 9e mois. — *Version;* enfant mort. — *Remarques*, 451.

N° 17. *Idem, idem.* — *Rupture* des membranes; accouchement spontané; enfant mort; mort de la mère. — *Remarques* sur le placenta et les membranes, le procédé de Puzos, et la mort du fœtus, 454.

N° 18. *Idem.* — *Tamponnement; version;* pleuro-pneumonie mortelle. — Examen du cadavre. — *Réflexions*, 457.

N° 19. *Hémorrhagie par décollement* du placenta. — *Tamponnement;* enfant mort; *version.* — *Remarques*, 461.

N° 20. *Idem.* — *Forceps.* — *Remarques*, 463.

N° 21. Deux exemples d'HÉMORRHAGIE PENDANT LE TRAVAIL. — *Rupture* des membranes. — 1. Accouchement *spontané.* — 2. Procidence du cordon; *version;* enfant mort. — *Remarques*, 466.

N° 22. *Idem, idem.* — 1. Quatrième position de l'épaule droite; *version.* — 2. Quatrième position de l'épaule gauche; *version.* — *Remarques* sur le décollement du placenta éloigné du col de l'utérus; sur le resserrement des sinus par la contraction utérine; sur le *tamponnement;* sur l'état du cordon et du fœtus, 469.

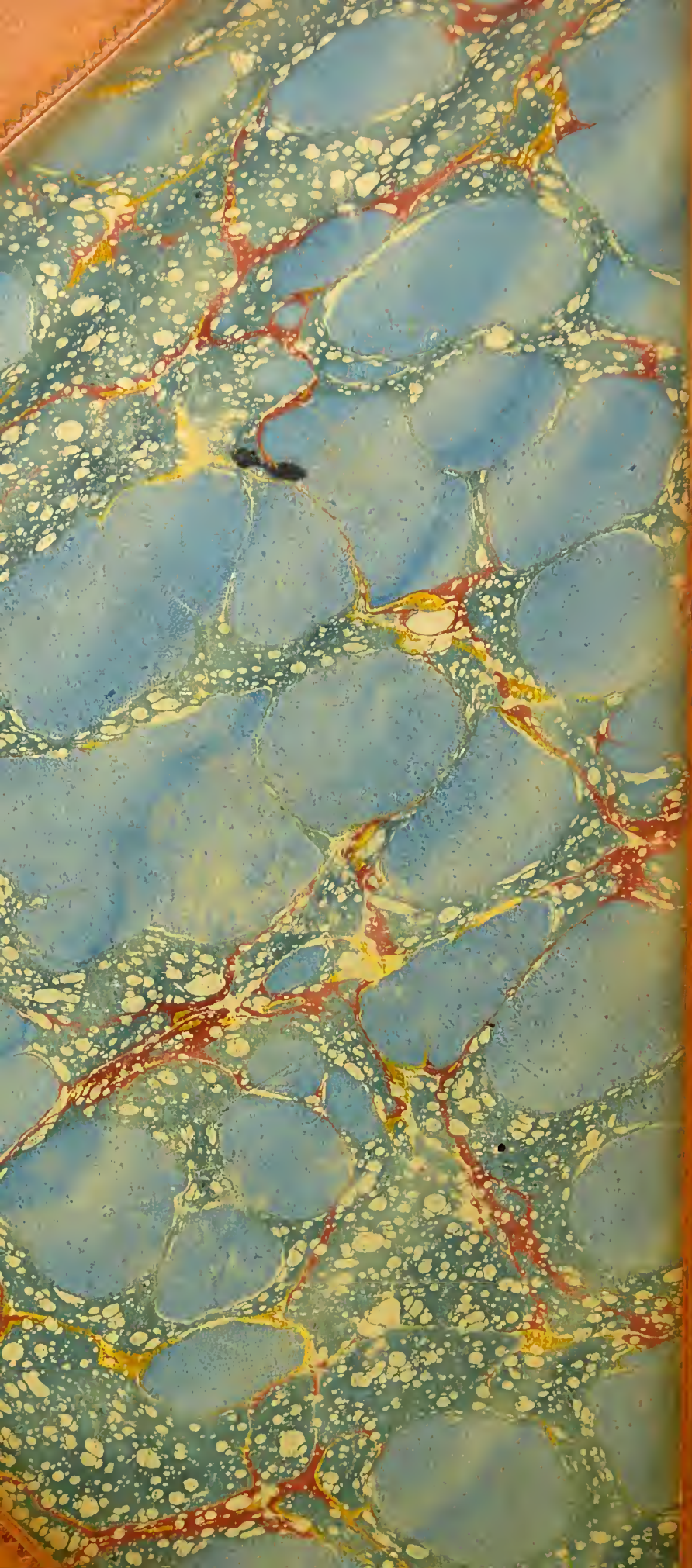
N° 23. HÉMORRHAGIE APRÈS UN ACCOUCHEMENT double. — Récidive mortelle le 5e jour. — *Remarques*, 473.

N° 24. *Hémorrhagie par inertie utérine*, mortelle. — Examen du cadavre. — *Remarques* sur la prédisposition de certaines femmes, et sur l'inertie, 475.

N° 25. Plusieurs cas d'*hémorrhagie interne* ou *externe*. — 1. Guérison. — 2. Adynamie mortelle. — 3. et 4. guérison. — *Remarques* diverses, 478.

N° 26. Spasme sans hémorrhagie. — Mortel après l'accouchement. — *Remarques* sur cette sorte de syncope, et sur les effets des maladies chroniques pendant la grossesse, 483.

N° 27. *Idem*. — Examen du cadavre. — *Remarques* anatomiques, 485.

N° 28. *Épuisement* mortel après l'accouchement. — Péritonite pendant la grossesse. — *Réflexions*, 489.

FIN DE LA TABLE ANALYTIQUE DU SECOND VOLUME.